**Žádost o vydání souhlasného stanoviska profesní organizace**

**k ZAŘAZENÍ DO OBORU KLINICKÁ LOGOPEDIE**

**a VYDÁNÍ INDEXU SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVY**

Profesní organizace: ASOCIACE KLINICKÝCH LOGOPEDŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Rumunská 1 , 12000 Praha2, Česká Republika

E-mail: aklcr@razdva.cz



1. jméno, příjmení, titul: ..............................................................................................................

1. rodné číslo: ............................................................................................................................
2. datum a místo narození:.......................................................................................................
3. národnost: .............................................................................................................................
4. státní příslušnost:.................................................................................................................
5. adresu trvalého bydliště: ....................................................................................................

 tel./mobil/e-mail:...................................................................................................................

1. přesný název absolvované fakulty a studijního oboru: .................................................
2. datum státní závěrečné zkoušky z logopedie :...............................................................

( absol. od. r. 1997 i SZZ ze surdopedie )...................................................................................

1. datum promoce:...................................................................................................................
2. číslo diplomu: .....................................................................................................................
3. název a adresu pracoviště, tel.:........................................................................................
4. velikost pracovního úvazku, od kdy:................................................................................
5. souhlas zaměstnavatele:..................................................................................................
6. jméno a příjmení garanta specializační přípravy:........................................................

Souhlasím – nesouhlasím s garancí specializační přípravy:

.......................................................................................

 Podpis a razítko garanta-školitele

....................................... ....................................................

podpis žadatele člen rady AKL ČR pro vzdělávání

Datum: