

Výběrové řízení na rezidenční místo

Název a adresa vyhlášovatele s rezidenčním místem - poskytovatele zdravotních služeb *

MUDr. Marta Worschová s.r.o., Masarykovo náměstí 14, 441 01 Podbořany

Seznam rezidenčních míst včetně oboru specializačního vzdělávání *

1 rezidenční místo v oboru všeobecné praktické lékařství

Termín vyhlášení výběrového řízení - začátek *

1. 7. 2024

Termín pro podání přihlášek - konec *

24. 7. 2024

Lhůta pro podání přihlášek - nesmí být kratší než 15 pracovních dní od dne vyhlášení.

Odkaz do sekce na webových stránkách, kde je výběrové řízení umístěno. *

Pokud využijete SVL nebo SPL ČR prosím vyplňte www.svl.cz a www.splcr.cz

www.svl.cz

Místo pro podání přihlášek *

Masarykovo náměstí 14, Podbořany

PSČ *

441 01

E-mail *

ordinace.podborany@gmail.com

Telefon *

415 214 218

Přílohy

Kritéria pro hodnocení uchazeče:

| | |
|---|-----------|
| a) zájem o práci v oboru VPL | 1-10 bodů |
| b) zájem o výkon povolání v daném regionu | 1-10 bodů |
| c) předpoklady a znalosti důležité z hlediska VPL | 1-10 bodů |
| d) komunikační schopnosti | 1-10 bodů |
| Celkem | 4-40 bodů |

Způsob hodnocení:

PODPRŮMĚRNÉ hodnocení 1-3 body - PRŮMĚRNÉ hodnocení 4-6 bodů - NADPRŮMĚRNÉ hodnocení 7-10 bodů

Stanovuje se pořadí kandidátů podle počtu získaných bodů (minimum 4 - maximum 40 bodů)

Seznam dokladů, které uchazeči přikládají k přihlášce:

| |
|---|
| 1) Přihláška do výběrového řízení na místo rezidenta |
| 2) Osobní dotazník rezidenta |
| 3) Potvrzení o zařazení do oboru VPL (nebo doklad o zaslání žádosti na MZ ČR) |
| 4) Kopie dokladu o získání odborné způsobilosti, specializované způsobilosti nebo zvláštní odborné způsobilosti (pokud ji získal) |
| 5) Lékařský posudek o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (ne starší 3 měsíců) |
| 6) Výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců) |
| 7) Přehled odborné praxe |

Souhlasím s uveřejněním na www.svl.cz a www.splcr.cz a v dalších médiích a se zpracováním a uchováváním údajů pro zabezpečení komunikace mezi mnou a SVL ČLS JEP, SPL ČR a pro potřeby AK VPL MZ ČR. Kliknutím na ikonu odeslat bude tento formulář automaticky odeslán na následující adresy: svl@cls.cz, spl@zdravotnictvi.cz, miroslav.jindrich@mzcr.cz.

Místo *

Podbořany

Datum *

01.07.2024

Podpis *

MUDr. Marta Worschová