|  |
| --- |
|  |

**PŘIHLÁŠKA NA POZICI CERTIFIKÁTORA ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení, titul** |  |
| **Místo a datum narození** |  |
| **Adresa trvalého bydliště** |  |
| **Název a adresa pracoviště** |  |
| **Kontaktní telefonní číslo** |  |
| **Kontaktní e-mailová adresa** |  |
| **Délka praxe v adiktologických službách celkem** |  |
| * **z toho délka praxe v přímé práci s klienty / pacienty** |  |
| **Délka praxe v realizaci programů primární prevence celkem** |  |

**Nejvyšší dosažené vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Název školy, adresa** | **Studijní obor** | **Rok ukončení** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Současné hlavní pracovní zařazení (z více zaměstnání vyberte nejvyšší pracovní úvazek, ostatní zaměstnání uveďte v dalším bodě formuláře):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název zaměstnavatele** |  |
| **Adresa zaměstnavatele a kontaktní údaje** |  |
| **Typ služby/zařízení** |  |
| **Pracovní pozice** |  |
| **V pracovním poměru od (měsíc a rok)** |  |
| **Výše pracovního úvazku** |  |

**Jiné aktivity vykonávané v současné době souběžně s hlavním pracovním zařazením (vyberte všechny relevantní možnosti a doplňte Vaší pracovní pozici):**

organizační pracovník/manažer/odborný pracovník organizace

pracovní pozice: ……….

adiktologické preventivní služby / programy primární prevence

pracovní pozice: ……….

adiktologické služby minimalizace rizik

pracovní pozice: ……….

adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství

pracovní pozice: ……….

adiktologické služby krátkodobé stabilizace

pracovní pozice: ……….

adiktologické služby rezidenční léčby

pracovní pozice: ……….

adiktologické služby následné péče

pracovní pozice: ……….

jiná, specifikujte jaká: ……….

pracovní pozice: ……….

**Předchozí pracovní historie v adiktologických službách a programech primární prevence (v posledních 10 letech):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název zaměstnavatele** |  |
| **Adresa zaměstnavatele a kontaktní údaje** |  |
| **Typ služby/zařízení** |  |
| **Pracovní pozice** |  |
| **Délka praxe** |  |
| **Výše pracovního úvazku** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Název zaměstnavatele** |  |
| **Adresa zaměstnavatele a kontaktní údaje** |  |
| **Typ služby/zařízení** |  |
| **Pracovní pozice** |  |
| **Délka praxe** |  |
| **Výše pracovního úvazku** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Název zaměstnavatele** |  |
| **Adresa zaměstnavatele a kontaktní údaje** |  |
| **Typ služby/zařízení** |  |
| **Pracovní pozice** |  |
| **Délka praxe** |  |
| **Výše pracovního úvazku** |  |

**Předchozí zkušenost s certifikačním šetřením (vhodné vyberte):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pozice** | **Certifikace ÚV ČR / RVKPP** | **Certifikace MŠMT** |
| V pozici člena certifikačního týmu | ANO / NE | ANO / NE |
| V pozici vedoucího certifikačního týmu | ANO / NE | ANO / NE |
| V pozici pracovníka certifikované služby | ANO / NE | ANO / NE |

**Součástí certifikačního týmu má být také specialista na konkrétní typ adiktologické služby. Zhodnoťte svou kompetenci jako odborník na adiktologické služby a vyberte typ(y) adiktologických služeb/oblastí, na které se zaměřujete (lze vybrat více možností):**

primární prevence

minimalizace rizik

ambulantní léčby a poradenství

krátkodobé stabilizace

rezidenční léčby

následné péče

management a provozní řízení

**Uveďte osoby pro případné reference (např. přímý nadřízený) pro výkon pozice certifikátora odborné způsobilosti adiktologických služeb. Uveďte jméno, pozici, organizaci, e-mail a telefon v rámečku níže***.   
Jejich uvedením souhlasíte, že mohou být kontaktováni pracovníky sekretariátu Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí (Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR) pro získání referencí či ověření pravdivosti uvedených skutečností.*

**Prostor pro jiné skutečnosti či doplnění výše uvedeného, které považujete vzhledem k vaší přihlášce za důležité.**

**Čestné prohlášení o bezúhonnosti a o pravdivosti a úplnosti všech skutečností uváděných v přihlášce na pozici certifikátora odborné způsobilosti adiktologických služeb.**

Jako žadatel o pozici certifikátora odborné způsobilosti adiktologických služeb čestně prohlašuji, že všechny údaje uvedené v přihlášce a přílohách jsou pravdivé, aktuální a úplné.

V souladu s čl. 10 odst. 1 písm. b) Pravidel systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb (Certifikační řád) dále prohlašuji, že jsem osobou bezúhonnou.

Toto stvrzuji svým podpisem.

Datum ……………………… Podpis……………………….

**Povinné přílohy:**

1. Profesní životopis s vyznačením požadované praxe podle čl. 10 odst. 1 písm. d) Pravidel systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb (Certifikační řád).
2. Prostá kopie diplomu / osvědčení o dosaženém vzdělání podle čl. 10 odst. 1 písm. c) Pravidel systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb (Certifikační řád).
3. Certifikát o absolvování INEP (Introduction to Evidence-based Prevention) podle čl. 10 odst. 1 písm. d) Pravidel systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb (Certifikační řád) – povinná příloha v případě praxe v realizaci programů primární prevence a zájmu o certifikaci adiktologických preventivních služeb.

\*\*\*

*Vyplněný a podepsaný formulář zašlete společně s povinnými přílohami na sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí (Odbor protidrogové politiky Úřadu vlády ČR):*

* *prostřednictvím e-mailu na adresu* [*tereza.cernikova@vlada.gov.cz*](mailto:tereza.cernikova@vlada.gov.cz)*, nebo*
* *poštou na adresu: Úřad vlády ČR, Odbor protidrogové politiky, Tereza Černíková, nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1.*