

HLAVNÍ MĚSTO PRAHA  
Magistrát hlavního města Prahy  
Odbor zdravotnictví  
Mariánské náměstí 2, 110 01 Praha 1, pracoviště Jungmannova 35/29, Praha 1

**Ž Á D O S T**  
**o vydání výpisu z evidence Rejstříku trestů**  
**za účelem doložení bezúhonnosti**  
**dle § 13 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**

Jméno: .....

Rodné příjmení: .....

Nynější příjmení: .....

Rodné číslo: ..... Muž / Žena

Státní občanství: .....

Narození

Stát: .....

Okres: .....

Obec: .....

Datum: .....

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé, úplné a nic není zamlčeno. Jsem si vědom/vědoma právních následků vyplývajících z uvedení nesprávných nebo neúplných údajů nebo jejich zatajení v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích.

Žádost se nepřekládá, pokud bude předložen výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 90 dnů v době podání žádosti.

V Praze dne .....  
.....  
podpis

**Vyplní správní orgán:**

Městská část:	
Spis č.:	
Poskytovatel zdravotních služeb:	
Fyzická osoba / Právnícká osoba	Statutární zástupce / Odborný zástupce
Číslo evidenční:	