

ŽÁDOST

O CERTIFIKACI ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB

Odbor protidrogové politiky Úřad vlády ČR nábř. E. Beneše 4 118 01 Praha 1 Datová schránka: trfaa33	Název organizace /* Sídlo: Jméno a příjmení statutárního zástupce: E-mail: Telefon (včetně předvolby země): IČ: DIČ:
	Žádáme o certifikaci a provedení místního šetření adiktologické služby naší organizace /** <input type="checkbox"/> APS - Adiktologické preventivní služby (prevence) <input type="checkbox"/> ASMR - Adiktologické služby minimalizace rizik (minimalizace rizik) <input type="checkbox"/> ASKS - Adiktologické služby krátkodobé stabilizace (krátkodobá stabilizace) <input type="checkbox"/> ASALP - Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství (ambulantní léčba) <input type="checkbox"/> ASRL - Adiktologické služby rezidenční léčby (rezidenční léčba) <input type="checkbox"/> ASNP - Adiktologické služby následné péče (následná péče) <i>NOVĚ</i> dle části druhé, článku 11, odst. 4 Pravidel systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb pro osoby se závislostí a ohrožené závislostním chováním a jejich blízké (Certifikační řád), „je-li v jednom provozu poskytováno více adiktologických služeb, které jsou organizačně, personálně a finančně provázány, uvede zájemce v žádosti o certifikaci seznam těchto adiktologických služeb, u kterých žádá o certifikaci (např. dříve ambulantní a substituční léčba, nyní ASALP, dříve kontaktní poradenské služby s terénním programem, nyní ASMR).“ Jde o první certifikaci dané služby? /*** <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

*/ Údaje (název organizace, sídlo – celá adresa včetně poštovního směrovacího čísla) – budou použity při tvorbě certifikátu.

**/ Označte vybraný program/službu.

***/ Vyberte a označte – pouze jednu možnost.

	Adresa místa, kde se služba poskytuje /****
	Vedoucí programu (nebo kontaktní osoba pro místní šetření): E-mail: Telefon (včetně předvolby země):
	Pokud má služba i detašovaná pracoviště , uveďte jeho/jejich adresu/adresy:

..... Místo a datum podpisu Podpis statutárního zástupce žadatele
--------------------------------	------------------------------------------------

Poznámka:

V souladu se článkem 13 v části třetí dokumentu „Pravidla systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb pro osoby se závislostí a ohrožené závislostním chováním a jejich blízké (Certifikační řád)“ budou zájemci o certifikaci vyzváni nově vybranou Certifikační agenturou k předložení požadované dokumentace.

****/ Celá adresa místa poskytování služby včetně poštovního směrovacího čísla