

**POTVRDENIE LEKÁRA
O ZDRAVOTNEJ SPOSOBILOSTI UCHÁDZAČA O ŠTÚDIUM**

Meno a priezvisko :

Dátum narodenia

Adresa trvalého bydliska:

Potvrdzujem, že menovaný/á je **spôsobilý/á štúdia**

v študijnom odbore : a) všeobecné lekárstvo *
b) zubné lekárstvo*

v zmysle Vyhlášky MZ SR č. 364/2009 Z. z. o kritériách zdravotnej spôsobilosti uchádzačov o štúdium zdravotníckych študijných odborov.

V dňa
pečiatka a podpis lekára

* nehodiace sa prečiarknite

§ 1 Vyhlášky MZ SR č. 364/2009 Z. z. :

a) vyhovujúci celkový zdravotný stav po absolvovaní preventívnej prehliadky

b) sluchová ostrosť aspoň jedného ucha pre šepot na 5 metrov

c) centrálna zraková ostrosť do diaľky s korekciou na lepšom oku minimálne 6/9, do blízka s korekciou j.č.2, pričom zorné pole na lepšom oku nie je zúžené pod 45 °C vo všetkých smeroch