



LEKÁRSKA FAKULTA  
Univerzita Komenského  
v Bratislave

## OZNÁMENIE

o obnovení výkonu zdravotníckeho povolania pre pokračovanie špecializačného štúdia

Meno, priezvisko, tituly: .....

Dátum a miesto narodenia: .....

Trvalý pobyt: .....

Telefón: .....

E-mail: .....

Špecializačný odbor: .....

Evidované prerušenie špecializačného štúdia od – do:

Dôvod prerušenia:

V ..... dňa .....  
.....  
podpis účastníka

### **Potvrdenie zamestnávateľa o začatí výkonu zdravotníckeho povolania pre pokračovanie špecializačného štúdia**

Názov zamestnávateľa: .....

Pokračovanie vo výkone zdravotníckeho povolania od: .....

Pracovné zaradenie: .....

Rozsah a trvanie pracovného úväzku: .....

V ..... dňa .....  
.....  
pečiatka a podpis  
zamestnávateľa

Prílohy:

-index odbornosti

-potvrdenie o obnovení vedomostí a zručností – v prípade prerušenia výkonu zdravotníckeho povolania v období dlhšom ako štyri roky v priebehu predchádzajúcich piatich rokov, podľa § 34 zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov