



LEKÁRSKA FAKULTA  
Univerzita Komenského  
v Bratislave

## OZNÁMENIE o zmene zamestnávateľa

Meno, priezvisko, tituly: .....

Dátum a miesto narodenia: .....

Trvalý pobyt: .....

Telefón: .....

E-mail: .....

Špecializačný odbor: .....

Dátum zaradenia: .....

### **Pôvodný zamestnávateľ**

Názov zamestnávateľa: .....

Adresa zamestnávateľa: .....

Pracovisko: .....

Dátum ukončenia pracovného pomeru: .....

### **Nový zamestnávateľ**

Názov zamestnávateľa: .....

Adresa zamestnávateľa: .....

Pracovisko: .....

Dátum začiatku pracovného pomeru: .....

V ..... dňa .....

.....  
podpis účastníka

### **Potvrdenie a súhlas zamestnávateľa s pokračovaním špecializačného štúdia**

Názov zamestnávateľa: .....

Začiatok pracovného pomeru: .....

Pracovné zaradenie: .....

Rozsah a trvanie pracovného úväzku: .....

Školiteľ: .....

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis  
zamestnávateľa