



LEKÁRSKA FAKULTA  
Univerzita Komenského  
v Bratislave

**PRIHLÁŠKA NA KURZ A OVERENIE VEDOMOSTÍ  
PO ABSOLVOVANÍ SPOLOČNÉHO CHIRURGICKÉHO KMEŇA**

Termín kurzu: .....

Meno, priezvisko, tituly: .....

Adresa bydliska: .....

Kontaktná adresa: .....

Tel.: ..... E-mail: .....

Pracovisko: .....

Adresa pracoviska: .....

Špecializačný odbor: .....

Zaradenie do špecializačného štúdia: .....

Prílohy prihlášky:

- index odbornosti – rozpis a potvrdenie praxe (24 mesiacov)
- záznamník zdravotných výkonov – rozpis a potvrdenie výkonov

Dátum: .....  
.....  
podpis uchádzača

Dátum: .....  
.....  
podpis a pečiatka zamestnávateľa

---

Vyjadrenie odborného garanta: .....

.....

Dátum: .....  
.....  
podpis odborného garanta LF UK

