



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

**PRIHLÁŠKA NA OVERENIE VEDOMOSTÍ
PO ABSOLVOVANÍ SPOLOČNÉHO INTERNISTICKÉHO 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
súčet výkonov (str. 6g)

Dátum:
.....
podpis uchádzača

Dátum:
.....
podpis a pečiatka zamestnávateľa

Vyjadrenie odborného garanta:

.....

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

