



LEKÁRSKA FAKULTA  
Univerzita Komenského  
v Bratislave

## Ž I A D O S Ť o započítanie zdravotných výkonov a odbornej praxe

Meno, priezvisko, tituly: .....

Dátum a miesto narodenia: .....

Trvalý pobyt: .....

Kontaktná adresa: .....

Telefón: .....

E-mail: .....

V súlade s **§ 71 ods. 6 nariadenia vlády SR č. 296/2010** o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov, *žiadam o započítanie do špecializačného štúdia v ŠŠP v ŠO:*

.....

Dátum: .....

.....

podpis žiadateľa

Prílohy potvrdené podpisom a pečiatkou vedúceho pracovníka príslušného pracoviska zz

- *rozpis odbornej zdravotníckej praxe realizovanej v rámci SR*
- *rozpis zdravotných výkonov realizovaných v rámci SR*
- *potvrdenie zdravotníckeho zariadenia o pracovnom pomere*