



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. 7 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 vystavené kompetentným orgánom príslušného štátu

- *rozpis a potvrdenie o absolvovaní odbornej praxe a zdravotných výkonov vystavený kompetentným orgánom príslušného štátu a jeho úradne osvedčený preklad do slovenského jazyka*
- *potvrdenie zdravotníckeho zariadenia o pracovnom pomere*
- *úradne osvedčené preklady potvrdení do slovenského jazyka*