



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

Ž I A D O S Ť o zmenu špecializačného odboru

Meno, priezvisko, tituly:

Dátum a miesto narodenia:

Trvalý pobyt:

Kontaktná adresa:

Telefón:

E-mail:

Špecializačný odbor:

Dátum zaradenia:

V súlade s **§ 70 ods. 1 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 zmenu špecializačného odboru na:*

.....

Dôvod:

.....

.....

Dátum:

podpis žiadateľa

Vyjadrenie vedúceho pracoviska:

.....

.....

.....

Dátum:

Podpis a
pečiatka:

Vyjadrenie súčasného zamestnávateľa/lekára samosprávneho kraja:

Dátum:

Podpis a
pečiatka:

Vyjadrenie odborného garanta odboru o prestup do ktorého má žiadateľ záujem:

Dátum:

Podpis:

Vyjadrenie Lekárskej fakulty UK v Bratislave :

Dátum:

Podpis:

Prílohy:

- *originál dokladu o zaradení*
- *index odbornosti – evidovaná a potvrdená prax realizovaná v súlade so ŠŠP v rámci zaradenia*
- *záznamník zdravotných výkonov – evidované a potvrdené zdravotné výkony realizované v súlade so ŠŠP v rámci zaradenia*