



OZNÁMENIE

o opätovnom začatí výkonu zdravotníckeho povolania

Účastník vzdelávania:

Titul, meno, priezvisko:	
Dátum a miesto narodenia:	
Adresa trvalého pobytu:	
E-mail:	Tel. číslo:
Špecializačný odbor:	

Dovoľujem si Vás požiadať o ukončenie prerušenia môjho špecializačného štúdia (štúdium prerušené v súlade s § 71 ods. 2 Nariadenia vlády Slovenskej republiky 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v platnom znení*) a oznamujem Vám **opätovné začatie výkonu zdravotníckeho povolania**

od

V dňa
účastník vzdelávania

Povinná príloha: Index odbornosti (špecializačný index)

Potvrdenie navrhovateľa vzdelávania:

Názov navrhovateľa vzdelávania:
Potvrdzujeme začatie výkonu zdravotníckeho povolania od:
Pracovné zaradenie:
Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rozsahu úväzku:

** Na prerušenie výkonu zdravotníckeho povolania v období dlhšom ako štyri roky v priebehu predchádzajúcich piatich rokov sa vzťahuje § 34 zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a doplnení niektorých zákonov v platnom znení*

.....
podpis a pečiatka