



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, systave špecializačných odborov a systave 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