



OZNÁMENIE o prerušení výkonu zdravotníckeho povolania

Účastník vzdelávania:

Titul, meno, priezvisko:	
Dátum a miesto narodenia:	
Adresa trvalého pobytu:	
Email:	
Špecializačný odbor:	

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 si Vám dovoľujem oznámiť, že z dôvodu¹:

nástupu na materskú dovolenku
pracovného voľna bez náhrady mzdy

nástupu na rodičovskú dovolenku
iný dôvod:

nebudem vykonávať zdravotnícke povolanie na území Slovenskej republiky

v období od

Oznámenie o opätovnom začatí výkonu zdravotníckeho povolania (tlačivo F-122, webová stránka JLF UK) zašlem najneskôr v deň návratu do zamestnania.

V dňa
účastník vzdelávania

Potvrdenie navrhovateľa vzdelávania*:

Názov navrhovateľa vzdelávania:	
Potvrdzujeme prerušenie výkonu zdravotníckeho povolania od:	

* 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

¹ vyznačte krížikom, iný dôvod uviesť