



## POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNEJ SPOSOBILOSTI UCHÁDZAČA O ŠTÚDIUM

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa trvalého bydliska: .....

Potvrdzujem, že menovaný/á je spôsobilý/á štúdiá

v študijnom odbore :

- a) všeobecné lekárstvo \*
- b) zubné lekárstvo\*
- c) ošetrovatelstvo\*
- d) pôrodná asistancia\*
- e) verejné zdravotníctvo\*

v zmysle Vyhlášky MZ SR č. 364/2009 Z. z. o kritériách zdravotnej spôsobilosti uchádzačov o štúdium zdravotníckych študijných odborov.

V .....dňa .....

pečiatka a podpis lekára  
primárneho kontaktu

\* nehodiace sa prečiarknite

§ 1 Vyhlášky MZ SR č. 364/2009/ Z.z.: :

- a) vyhovujúci celkový zdravotný stav po absolvovaní preventívnej prehliadky
- b) sluchová ostrosť aspoň jedného ucha pre šepot na 5 metrov
- c) centrálna zraková ostrosť do diaľky s korekciou na lepšom oku minimálne 6/9, do blízka s korekciou j.č.2, pričom zorné pole na lepšom oku nie je zúžené pod 45° vo všetkých smeroch

