



POTVRDENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNEJ SPOSOBILOSTI UCHÁDZAČA O ŠTÚDIUM

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa trvalého bydliska:

Potvrdzujem, že menovaný/á je spôsobilý/á štúdia

v študijnom odbore :

- a) všeobecné lekárstvo *
- b) zubné lekárstvo*
- c) ošetrovateľstvo*
- d) pôrodná asistencia*
- e) verejné zdravotníctvo*

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

Vdňa

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

