

PERSONÁLNE ODDELENIE PRÍSLUŠNÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA

**P O T V R D E N I E  
zamestnávateľa**

v zmysle § 39 zákona 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov Vám pre účely absolvovania špecializačnej/certifikačnej skúšky potvrdzujeme nasledovné údaje:

1. Meno a priezvisko:.....
2. Dátum narodenia : .....
3. Rozsahu pracovného úväzku: .....
4. Pracovisko: .....
5. Zdravotnícke povolanie: .....
6. Pracovná pozícia u zamestnávateľa: .....
7. Celková dĺžka odbornej praxe: .....

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť zamestnanca.

V ..... dňa .....

meno a podpis  
pečiatka personálneho oddelenia