Limbová 12, 833 03 Bratislava

**Príloha k prihláške na vysokoškolské štúdium na SZU v Bratislave**

**P O T V R D E N I E**

**zamestnávateľa o pracovnom zaradení**

K prihláške na vysokoškolské štúdium Vám potvrdzujeme nasledovné údaje:

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: |  |
| Dátum narodenia: |  |
| Rozsah pracovného úväzku: |  |
| Názov zamestnávateľa: |  |
| Pracovisko: |  |
| Zdravotnícke povolanie: |  |
| Pracovná pozícia u zamestnávateľa**:** |  |
| Celková dĺžka odbornej praxe: |  |

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť zamestnanca.

V ….................................... dňa …...................

 meno a podpis

pečiatka personálneho oddelenia