**Slovenská zdravotnícka univerzita v bratislave**

**Pedagogický odbor**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

tel.: 0947 924 180, 0947 924 190, 0947 924 194, 0947 924  189

**Oznámenie ZARADENÉHO zdravotníckeho pracovníka**

**o zmene zamestnávateĽa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priezvisko:** | | **Meno:** | |
| **Rodné priezvisko:** | | | **Titul:** |
| **Dátum narodenia:** | **Rodné číslo: /** | | |
| **Adresa trvalého bydliska** (PSČ, obec, ulica, číslo: | | | |
| **E-mail:** | **Tel.:** | | |
| **Zdravotnícke povolanie:** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Špecializačný odbor/certifikovaná pracovná činnosť:** | **Dátum zaradenia:** |

**Pôvodný zamestnávateľ:**

|  |
| --- |
| **Názov zamestnávateľa:** |
| **IČO:** |
| **Adresa zamestnávateľa:** |
| **Oddelenie/pracovisko:** |
| **Dátum ukončenia pracovného pomeru:** |

**Nový zamestnávateľ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov zamestnávateľa:** | |
| **IČO:** | |
| **Adresa zamestnávateľa:** | |
| **Oddelenie/pracovisko:** | |
| **Pracovná pozícia:** | |
| **Dátum začiatku pracovného pomeru:** | **Rozsah pracovného úväzku:** |

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť vyplnených údajov.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Podpis zdravotníckeho pracovníka**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Príloha**:

Kópia pracovnej zmluvy