**Slovenská zdravotnícka univerzita v bratislave**

**Pedagogický odbor**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

tel.: 0947 924 194

**Žiadosť zdravotníckeho pracovníka**

 **o predĺŽenie zaradenia**

***(cudzinci)***

|  |  |
| --- | --- |
| Meno, priezvisko, titul: |  |
| Dátum a miesto narodenia: |  |
| Štátna príslušnosť: |  |
| Adresa v SR:  |  |
| Telefónny kontakt, email: |  |
| Zamestnávateľ (názov a adresa): |  |
| Pracovisko: |  |

Týmto žiadam Slovenskú zdravotnícku univerzitu v Bratislave o predĺženie môjho zaradenia v špecializačnom odbore / certifikovanej pracovnej činnosti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Platnosť zaradenia: od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Predĺženie zaradenia žiadam na základe nového dokladu povolenia na pobyt, ktorý bol vydaný

dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ s platnosťou do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zdravotníckeho pracovníka

**Príloha:**

kópia povolenia na pobyt

index odbornosti