

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Pedagogický odbor

Limbová 12, 833 03 Bratislava

**OZNÁMENIE ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA
O PRERUŠENÍ ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA**

Meno, priezvisko, titul: _____

Dátum narodenia: _____

Kontaktná adresa: _____

Telefónny kontakt, email: _____

Špecializačný odbor / certifikačná pracovná činnosť:

V zmysle § 70 ods. 4 nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov Vám **oznamujem prerušenie špecializačného štúdia od _____ do _____ z dôvodu:**

- materská dovolenka / rodičovská dovolenka
- dočasná práce neschopnosť
- iné dôvody hodné osobitného zreteľa (sumárne najviac v dĺžke trvania štyri roky, uviesť): _____

podpis zaradeného zdravotníckeho pracovníka

Potvrdenie zamestnávateľa:

podpis a pečiatka zamestnávateľa

V _____ dňa _____

Príloha: index odbornosti