**P O T V R D E N I E**

**zamestnávateľa**

v zmysle § 39 ods. 5 písm. d) 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 zaradenia do ďalšieho vzdelávania 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