

## **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