

ŽIADOSŤ O VYRADENIE
zo špecializačného štúdia na SZU v Bratislave
podľa § 70 ods. 5 nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. v znení neskorších predpisov

Názov špecializačného odboru:	Dátum zaradenia:
O vyradenia žiadam z nasledovného dôvodu:	

Priezvisko:	Meno:
Rodné priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodné číslo: /
Miesto a štát narodenia:	
Štátne občianstvo:	
Tel. č. (mobil):	E-mail:
Adresa trvalého bydliska:	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:

V _____ dňa _____ **Podpis zdravotníckeho pracovníka:** _____

Príloha:

Originál dokladu o zaradení alebo index odbornosti