**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

**Lekárska fakulta**

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

# Žiadosť o vykonanie doplňujúcej skúšky

* všeobecné lekárstvo  zubné lekárstvo

Meno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priezvisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko (korešpondenčná adresa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa na doručenie protokolu z doplňujúcej skúšky \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt (telefón a e-mail s koncovkou **com** ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prílohy, ktoré musia byť súčasťou žiadosti :**

* overenú kópiu vysokoškolského diplomu s prekladom do štátneho jazyka
* overenú kópiu rozhodnutia z ministerstva školstva
* doklad o zaplatení poplatku
* overená kópia protokolu o vykonanej neúspešnej doplňujúcej skúšky – nie staršia ako 12 mesiacov

Dátum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis