**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE**

**Pedagogický odbor**

Limbová 12, 833 03 Bratislava

**OZNÁMENIE zdravotníckeho pracovníka**

 **o prerušení špecializačného štúdia**

**rezidentské štúdium**

Meno, priezvisko, titul: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Kontaktná adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefónny kontakt, email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Špecializačný odbor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V zmysle § 39b ods. 12 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov Vám **oznamujem prerušenie špecializačného (rezidentského) 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* skončenie pracovného pomeru (z dôvodu skončenia pracovného pomeru prerušiť najviac na dva roky)

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

 podpis zaradeného zdravotníckeho pracovníka

**Potvrdenie zamestnávateľa:**

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

 podpis a pečiatka zamestnávateľa

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Príloha: index odbornosti