

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

Lekárska fakulta

Žiadosť o vykonanie doplňujúcej skúšky pre zdravotnícke povolanie psychológ

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

Dátum _____

Podpis