

Fakulta zdravotníctva SZU

Študijné oddelenie

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

VEC: P O T V R D E N I E o dĺžke odbornej praxe

Zamestnávateľ

Potvrďuje, že (meno a priezvisko študenta

bakalárskeho / magisterského štúdia v študijnom programe:

.....), nar. (deň, mesiac, rok) má ku

dňu 30. 4. 20.. započítaných rokov odbornej praxe.

V dňa:

.....

Podpis a pečiatka pracovníka personálneho odd.