

VZOR

Potvrdenie zamestnávateľa o odbornej zdravotníckej praxi pre žiadateľa o potvrdenie o rovnocennosti získaného zdravotníckeho vzdelania

Názov a adresa organizácie, v ktorej je/bol žiadateľ zamestnaný (vrátane telef. kontaktu)

Meno a priezvisko zamestnanca

titul

Dátum narodenia zamestnanca (deň, mesiac, rok):

Bydlisko zamestnanca

ulica:

číslo:

mesto:

PSČ:

Dĺžka reálne vykonávanej odbornej zdravotníckej praxe (bez prerušenia)

od (deň, mesiac, rok):

do (deň, mesiac, rok):

prerušenie výkonu odborných činností (napr. MD, neplatené voľno a pod. – uveďte dôvod)

od (deň, mesiac, rok):

do (deň, mesiac, rok):

Odborná zdravotnícka prax vykonávaná: - v povolání:

- na pracovisku:

- v úväzku:

Potvrdenie sa vydáva na žiadosť menovaného ako úradný doklad o zamestnaní pre potreby Ministerstva zdravotníctva SR.

Dátum vystavenia potvrdenia

pečiatka a podpis organizácie

čitateľné meno osoby, ktorá doklad vystavuje a jej **tel. kontakt**