

P R I H L Á Š K A

na p r e š k o l e n i e

podľa § 4b Rozsah praxe zdravotníckeho asistenta vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 28/2017 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2015 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov, zdravotné výkony uvedené

v § 4b ods. 2, písm. g) a h) a § 4b, ods. 3, písm. d) až f)

v Strednej zdravotníckej škole, Sládkovičova 36, Prešov

Meno a priezvisko..... Rodné

Dátum narodenia..... Rodné číslo.....

Miesto narodenia..... Okres

Bydlisko (ulica, mesto, PSČ)

Štátne občianstvo..... Číslo telefónu

E-mailová adresa:

Termín preškolenia:

Škola, ktorú uchádzač absolvoval.....

Rok maturitnej skúšky

Zamestnávateľ (presná adresa)

Uchádzač priloží:

1. Overenú kópiu maturitného vysvedčenia (v prípade osobného doručenia kópiu maturitného vysvedčenia a jeho originál za účelom overenia).

V dňa

Podpis uchádzača