|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  | **Potvrdenie zamestnávateľa o praxi zamestnanca** |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   | **Zamestnávateľ** |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   | **Pracovisko**  |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   | Adresa pracoviska |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | **Sídlo zamestnávateľa** |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   | Adresa |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | IČO |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |  |  | **potvrdzuje, že** |  |  |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   | **Zamestnanec** |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | Meno, priezvisko, titul  |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | Dátum narodenia  |  |   | Rodné číslo |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | Trvalé bydlisko  |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | Registračné číslo v SK  |  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   | **je u nás zamestnaná/ý na pracovnej pozícii:** |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|   |   |   | a) sestra\*  |  | b) fyzioterapeut\*  | \*nehodiace sa prečiarknite |  |   |   |   |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |
|   |   |   | **Dĺžka výkonu zdravotníckeho povolania:** |  |  |  |  |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |  |
|   |   |   | od: |  | do: |  |  |  |   |   |  |
|   |   |   | **V prípade prerušenia výkonu povolania , z dôvodu materskej a rodičovskej dovolenky uveďte údaj - časové trvanie:**  |   |   |  |
|   |   |   | od: |   | do: |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |  |
|   |   |   | V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dňa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |   |  |
|   |   |   |  |  |  |  | pečiatka a podpis zamestnávateľa  |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |