**Ž I A D O S Ť**

**o vydanie licencie**

* **na výkon samostatnej zdravotníckej praxe (L1A)**
* **na výkon zdravotníckeho povolania v povolaní (pozri prílohu) (L1B)**
* **na výkon odborného zástupcu v povolaní (pozri prílohu) (L1C)**

(označiť krížikom o ktorú licenciu žiadate)

poplatok za vydanie licencie: **L1A** – 66 €, **L1B** – 33 €, **L1C** – 66 €.

**Podpísaný:**

**a)** titul, meno, priezvisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**b)** registračné číslo (ak je pridelené) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**c)** dátum a miesto narodenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**d)** štátne občianstvo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e)** adresa trvalého pobytu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**f)** kontaktná adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**g)** telefónne číslo, email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**h)** odborná spôsobilosť (vzdelanie) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**i)** špecializačné štúdium \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**j)** rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ak bude žiadateľ vykonávať zdravotnícke povolanie na území SR a súbežne aj v inom členskom štáte, ak ide o cudzinca; ak ide o cudzinca, vo forme čestného vyhlásenia, alebo miesto výkonu odborného zástupcu)

**k)** miesto výkonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miesto výkonu samostatnej zdravotníckej praxe alebo miesto výkonu zdravotníckeho povolania – názov, celá adresa)

**K žiadosti o licenciu je potrebné doložiť originály alebo úradne osvedčené kópie:**

1. **doklad o odbornej spôsobilosti** (v prípade štúdia mimo územia SR doklad o uznaní odbornej spôsobilosti z Ministerstva školstva vedy, výskumu a športu SR)

* doklad o najvyššom dosiahnutom vzdelaní v danom odbore, diplom o špecializácii...

1. **doklad o zamestnaní**

* potvrdenie od aktuálneho/budúceho zamestnávateľa potvrdzujúce miesto výkonu samostatnej zdravotníckej praxe alebo miesto výkonu zdravotníckeho povolania (vystaví zamestnávateľ alebo SZČO sám sebe)

1. **doklad o zdravotnej spôsobilosti**

* lekársky posudok o zdravotnej spôsobilosti – vzor príloha č. 2 zákona č. 578/2004 Z.z.

1. **doklad o bezúhonnosti**, ktorým je výpis z registra trestov (nie starší ako 3 mesiace)
2. **doklad o spôsobilosti na právne úkony v celom rozsahu (úradne osvedčený podpis)**

* **čestné prehlásenie** - podľa § 69 ods. 1 písm. a) zákona č. 578/2004 Z.z.

1. **fotokópia občianskeho preukazu** z oboch strán (zaslať len v prípade zmeny mena alebo adresy).
2. **doklad o úhrade príslušného poplatku** (poplatky sú uvedené hore).

Žiadosť sa považuje za podanú a 30 dňová lehota na vydanie licencie začína plynúť dňom podania úplnej žiadosti.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žiadateľa

**Úplná žiadosť** prevzatá dňa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis pracovníka komory