



SLOVENSKÁ KOMORA MEDICÍNSKO - TECHNICKÝCH PRACOVNÍKOV

sídlo: Karpatské námestie 7770/10A, 831 06 Bratislava - mestská časť Rača, Slovenská republika
sekretariát: Hasičská 118/2, P.O.BOX 131, 911 01 Trenčín, Slovenská republika

Potvrdenie zamestnávateľa o praxi zamestnanca

Zamestnávateľ:

Názov organizácie	
Sídlo organizácie	
Adresa prevádzky	

potvrďuje, že zdravotnícky pracovník:

Titul, meno, priezvisko	
Dátum narodenia	
Trvalé bydlisko	
Registračné číslo (ak je pridelené)	
Úsek práce (konkrétne pracovisko)	

Zdravotnícke povolanie:

zdravotnícky laborant	farmaceutický laborant	verejný zdravotník
nutričný terapeut	dentálna hygienička	rádiologický technik
technik pre zdravotnícke pomôcky	optometrista	očný optik
masér	zubný asistent	praktická sestra - asistent
sanitár		

/ označiť príslušné povolanie /

Trvanie pracovného pomeru/pracovnej pozície (deň, mesiac, rok):

od: do: (dátum ukončenia / „trvá“)

V prípade prerušenia výkonu povolania uveďte trvanie (deň, mesiac, rok):

od: do:

Dôvod prerušenia:

V _____ Dňa _____

pečiatka a podpis zamestnávateľa