**Potvrdenie zamestnávateľa o praxi zamestnanca**

**Zamestnávateľ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Názov organizácie |  |
| Sídlo organizácie |  |
| Adresa prevádzky |  |

**potvrdzuje, 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 |
| masérsanitár**/ označiť príslušné povolanie /** **Trvanie pracovného pomeru/pracovnej pozície (deň, mesiac, rok):**

|  |
| --- |
| od: |

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

|  |
| --- |
| od: |

**Dôvod prerušenia:** | zubný asistent**(dátum ukončenia / „ trvá “)**

|  |
| --- |
| do: |

|  |
| --- |
| do: |

 | praktická sestra - asistent |

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pečiatka a podpis zamestnávateľa