

OZNÁMENIE LEKÁRA K ZÁPISU DO REGISTRA SLK

vyplní pracovník SLK

Dátum registrácie :

Podpis pracovníka SLK

Bezúhonnosť overená na základe predloženého výpisu z registra trestov zo dňa :

pod číslom :

Vysvetlivky :

povinné
údaje

nepovinné
údaje

Základné údaje

meno	
priezvisko	
dátum narodenia	rodné číslo :
titul	MUDr.
titul pred	
titul za	
štátna príslušnosť	

Trvalý pobyt

ulica a číslo	
mesto	
PSC	
telefón	*odporúča sa vyplniť
mobil	*odporúča sa vyplniť
E-mail	*odporúča sa vyplniť

Prechodný pobyt /ak je trvalý pobyt mimo SR, alebo korešpondenčná adresa/

ulica a číslo	
mesto	
PSC	
telefón	*odporúča sa vyplniť
mobil	*odporúča sa vyplniť
E-mail	*odporúča sa vyplniť

Zamestnávateľ / u ktorého vykonávate - alebo budete vykonávať činnosť v SR/

názov pracoviska / kde pracujete /	
ulica a číslo pracoviska	
mesto pracoviska	
PSC	
zamestnávateľ od	* uviesť dátum nástupu do tohto zamestnania
telefón	*odporúča sa vyplniť
mobil	*odporúča sa vyplniť

Odborná spôsobilosť / vysokoškolské vzdelanie /

fakulta	
kde /mesto/	
smer	
odkedy	
dokedy	

Údaj o ďalšom vzdelávaní /špecializácie / - ak máte

odbor				
stupeň				
kedy				
kde				
iné :				

Údaj o ďalšom vzdelávaní /certifikáty/ - ak máte

názov	
kde	
odkedy	
dokedy	
iné :	

V dňa Podpis