

**"VZOR"**  
**SLOVENSKÁ REPUBLIKA**

názov vysokej školy  
názov fakulty

Číslo: .....

**D I P L O M**  
**o špecializácii**

titul, meno, priezvisko,  
dátum, miesto a štát narodenia

získal/a podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností

**v špecializačnom odbore**

**NÁZOV**

podpis  
meno, priezvisko  
rektor vysokej školy  
(odtlačok úradnej pečiatky)

podpis  
meno, priezvisko  
predseda skúšobnej komisie

podpis  
meno, priezvisko  
dekan fakulty

V..... dňa.....