

"VZOR"
SLOVENSKÁ REPUBLIKA

názov vysokej školy
názov fakulty

Číslo:

C E R T I F I K Á T

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

certifikovanej pracovnej činnosti

NÁZOV

podpis
meno, priezvisko
štatutárny orgán vzdelávacej ustanovizne
(*odtlačok úradnej pečiatky*)

podpis
meno, priezvisko
predseda skúšobnej komisie

podpis
meno, priezvisko
odborný garant
certifikovanej pracovnej činnosti

V..... dňa.....