

"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

Špecializácia je v súlade s článkom 35 smernice Európskeho parlamentu a Rady 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií a vydaný doklad je dokladom o vzdelaní uvedeným v prílohe V (5.3.2.) tejto smernice.

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

podpis
meno, priezvisko
predseda skúšobnej komisie

podpis
meno, priezvisko
dekan fakulty

V..... dňa.....