

# 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         |                             |
| PSČ           |                             |
| telefón       | <i>*odporúča sa vyplniť</i> |
| mobil         | <i>*odporúča sa vyplniť</i> |
| E-mail        | <i>*odporúča sa vyplniť</i> |

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

|               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| ulica a číslo |                             |
| mesto         |                             |
| PSČ           |                             |
| telefón       | <i>*odporúča sa vyplniť</i> |
| mobil         | <i>*odporúča sa vyplniť</i> |
| E-mail        | <i>*odporúča sa vyplniť</i> |

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

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| názov pracoviska / kde pracujete / |  |
| ulica a číslo pracoviska           |  |
| mesto pracoviska                   |  |
| PSČ                                |  |
| zamestnávateľ od                   | <i>* miest' dátum nástupu do tohto zamestnania</i> |
| telefón                            | <i>*odporúča sa vyplniť</i>                        |
| mobil                              | <i>*odporúča sa vyplniť</i>                        |
| E-mail                             | <i>*odporúča sa vyplniť</i>                        |

### Sídlo zamestnávateľa / ak sa odlišuje od pracoviska /

|             |  |
|-------------|--|
| názov sídla |  |
| ulica sídla |  |
| mesto sídla |  |

|     |  |
|-----|--|
| PSČ |  |
|-----|--|

Výkon zdravotníckeho povolania - vyznačiť "krížikom X"

|   |  |
|---|--|
| v pracovnoprávnom vzťahu alebo<br>obdobnom pracovnom vzťahu |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| druh práce: /uviest' napr. lekár, učiteľ.. / |  |
|--|--|

vypísať konkrétny druh práce

|  |  |
|--|--|
| na základe povolenia na prevádzkovanie<br>zdravotníckeho zariadenia alebo povol.<br>vydaného podľa osobitného predpisu |  |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| na základe licencie na výkon<br>samostatnej zdravotníckej praxe |  |
|---|--|

Prax

|        |  |
|--------|--|
| odbor  |  |
| kde    |  |
| odkedy |  |
| dokedy |  |
| iné    |  |
|        |  |
|        |  |
|        |  |
|        |  |
|        |  |
|        |  |

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  |  |
| do kedy |  |
| iné :   |  |

Podpisom potvrdzujem, že som bol poučený o mojich právach v súvislosti so spracovaním osobných údajov.

V ..... dňa ..... Podpis .....