



# SLOVENSKÁ LEKÁRSKA KOMORA

## SEKRETARIÁT, Račianska 42/A, 831 02 Bratislava

### VEC: Potvrdenie o obnovení vedomostí a zručností lekára

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti:

Obchodné meno (názov): .....

Sídlo: .....

IČO: .....

potvrďuje, že zamestnanec pani/pán:

Meno: .....

Priezvisko: .....

bytom: .....

nar.: .....,

reg. č.: .....,

**absolvoval/a**, z dôvodu prerušenia výkonu:

a) špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore .....v .....povolání  
lekár

b) certifikovaných pracovných činností v certifikovanej pracovnej činnosti .....v .....povolání  
lekár

v období dlhšom ako štyri roky v priebehu predchádzajúcich piatich rokov piatich rokov, na  
pracovisku:.....

obnovenie vedomostí a zručností v rozsahu stanovenom v § 34 ods.1 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

Obnovenie vedomostí a zručností bolo realizované pod vedením povereného  
lekár.....v období

od.....do.....v rozsahu..... hodín.

[Názov dokumentu]

Poverený lekár vyhotovil o obnovení vedomostí a zručností záznam, na základe ktorého vydávame toto potvrdenie o obnovení vedomostí a zručností

V ..... dňa .....

---

(podpis štatutárneho zástupcu poskytovateľa  
zdravotnej starostlivosti)