

Ž I A D O S Ť
o **ZRUŠENIE** zaradenia do
špecializačného štúdia na SZU v zmysle
NV SR č. 379/2015, Príloha č. 4a

Meno, priezvisko:titul:.....

Rodená:..... Štátne občianstvo:.....

Dátum narodenia: Miesto narodenia:.....

Trvalý pobyt:.....

Prechodný pobyt:.....

Tel.:.....e-mail:.....

Zamestnávateľ (súčasný):.....

adresa:.....

Pôvodný žiadateľ / navrhovateľ* do špecializačného štúdia na SZU:

.....

adresa:.....

Zaradenie v špecializačnom odbore na SZU:

dňom :.....1/ dokladom č.:

alebo

2/ zápisom v indexe odbornosti (str. 11)

Dátum :

.....
podpis zaradeného pracovníka

Súčasťou žiadosti o zrušenie zaradenie do špecializačného štúdia na SZU je písomný súhlas pôvodného žiadateľa o zaradenie do špecializačného odboru na SZU.

(dátum, meno, pečiatka + podpis riaditeľa inštitúcie, konateľ a spoločnosti, lekára samosprávneho kraja)

Prílohy:

1/ Originál dokladu o zaradení **alebo** 2/ Index odbornosti

3/ Súhlasné stanovisko pôvodného žiadateľa

* zamestnávateľ, lekár samosprávneho kraja