

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE  
O DĹŽKE ODBORNEJ PRAXE PRI UKONČENÍ ČINNOSTI  
ZAMESTNÁVATEĽA**

Podpísaný/á:

Dátum narodenia:

Miesto narodenia:

Trvale bytom

týmto prehlasujem, že mám  rokov odbornej praxe.

Čestné vyhlásenie dávam k žiadosti o overenie/uznanie odbornej spôsobilosti  
pre Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Trnavská cesta 52, 826 45  
Bratislava.

V ..... dňa .....

.....  
Podpis