

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

Podpísaný/á:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Adresa / bydlisko:

Týmto prehlasujem, že mám rokov odbornej praxe.

Čestné vyhlásenie dávam k žiadosti o overenie odbornej spôsobilosti pre:

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v:

Ulica, číslo:

PSČ, mesto:

Dátum:

.....
Podpis