

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE
O DĹŽKE ODBORNEJ PRAXE**

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