

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, konateľa spoločnosti, lekára samosprávneho kraja)

Prílohy:

- 1/ *Originál dokladu o zaradení* **alebo** 2/ *Index odbornosti*
- 3/ *Súhlasné stanovisko pôvodného žiadateľa*

* zamestnávateľ, lekár samosprávneho kraja