F-PO-11/9-Z1

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE**

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

Podpísaný/á .................................................................................................................................,

narodený/á ...................................................................................................................................,

trvale bytom .................................................................................................................................

týmto prehlasujem, že mám ............... rokov odbornej praxe.

Čestné vyhlásenie dávam k žiadosti o overenie odbornej spôsobilosti pre Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

V ........................................ dňa ..........................

 .................................................................

 Podpis