

F-PO-11/9-Z1

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE
O DĚLŽKE 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