**Stredná zdravotnícka škola, Lúčna 2, Lučenec**

**P R I H L Á Š K A na pomaturitné štúdium**

**ODBOR: 5361 N PRAKTICKÁ SESTRA**

**I. Vyplní uchádzač :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *PRIHLÁŠKA PRE PRVÉ KOLO MUSÍ BYŤ PODANÁ DO 31. MÁJA*

|  |  |
| --- | --- |
|  Meno a priezvisko   | Rodné priezvisko\* |
| Dátum narodenia  | Rodné číslo |  |  |  |  |  |  |  / |  |  |  |  |
| Miesto  | Okres | Štát |
| Štátne občianstvo  | Národnosť | Číslo občianskeho preukazu |
| Bydlisko |
| Ulica/číslo Obec | e-mail |
|  PSČ  |  |  |  |  |  | Číslo telefónu |

|  |
| --- |
| Stredná škola, ktorú uchádzač absolvoval: \*( *uchádzač priloží overenú kópiu maturitného vysvedčenia)*  |

V .............................................. dňa ........................... Podpis uchádzača ......................................... |

**II. Vyplní všeobecný lekár pre dospelých :**

|  |
| --- |
| POSUDOK ZMLUVNÉHO LEKÁRA K ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI K ŠTÚDIU ZVOLENÉHO ODBORU Do študijného odboru môžu byť prijatí uchádzači, ktorí:* netrpia - poruchami obmedzujúcimi funkcie nosného a pohybového systému, postihnutím horných končatín, ktoré obmedzuje funkciu rúk, prstov a ich dobrú pohybovú koordináciu,
* chronickým a recidivujúcim ochorením kože, ktoré výrazne postihuje ruky,
* závažným chronickým, recidividujúcim ochorením dýchacích ciest
* závažným postihnutím centrálneho nervového systému s poruchami pohybových koordinácií,
* záchvatovitými stavmi, psychickými poruchami
	+ nemajú návykové látky v anamnéze,
	+ spĺňajú požadovanú zrakovú a sluchovú ostrosť,

(centrálnu zrakovú ostrosť aspoň jedného oka 6/6 do diaľky, J.č. 1 nablízko s prípadnou korekciou, bez zúženia zorného poľa pod 45 stupňov (vrcholový uhol 90 stupňov) a bez nálezu progresívnych zmien na očnom pozadí, sluchovú ostrosť aspoň jedného ucha pre šepot z 3 m)***Uchádzač spĺňa zdravotné kritériá na prácu v odbore, vrátane kritérií pre pracovníkov vykonávajúcich epidemiologicky závažnú činnosť.***V ........................................... dňa ...................... Pečiatka a podpis lekára |

*\*prílohou prihlášky je overená kópia maturitného vysvedčenia, doklad o zmene priezviska (sobášny list)*