|  |
| --- |
| **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 narodenia | | Okres | | | | | | | | | | | Štát | | Štátne občianstvo | Národnosť | | | | | | | | | | | | Číslo občianskeho preukazu | | Bydlisko | | | | | | | | | | | | | | | Ulica/číslo | | | | | | | | | | | | | e-mail | | Obec / 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** |
| ***Uchádzač spĺňa zdravotné kritériá na prácu v odbore, vrátane kritérií pre pracovníkov vykonávajúcich epidemiologicky závažnú činnosť***   * *netrpí - 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*   + *nemá návykové látky v anamnéze,*   + *spĺňa 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)*  V ........................................... dňa ...................... Pečiatka a podpis lekára |
| **POTVRDENIE LEKÁRA O OČKOVANÍ PROTI HEPATITÍDE TYPU B, MIN. 1 DÁVKA:** |
| **Názov očkovacej látky:**  Dátum podania 1. dávky:  V ........................................... dňa ...................... Pečiatka a podpis lekára |

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