|  |
| --- |
| **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)*