



I. Vyplní uchádzač :

Meno a priezvisko		Rodné priezvisko*	
Dátum narodenia		Rodné číslo	
		/	
Miesto narodenia		Okres	Štát
Štátne občianstvo	Národnosť	Číslo občianskeho preukazu	
Bydlisko		e-mail	
Ulica/číslo			
Obec / PSČ		Číslo telefónu	
Stredná škola, ktorú uchádzač absolvoval: *			
<i>(uchádzač priloží overenú kópiu maturitného vysvedčenia)</i>			

PRIHLÁŠKA PRE PRVÉ KOLO MUSÍ BYŤ PODANÁ DO 31. MÁJA

V dňa Podpis uchádzača

II. Vyplní všeobecný lekár pre dospelých :

POSUDOK ZMLUVNÉHO LEKÁRA K ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI K ŠTÚDIU ZVOLENÉHO ODBORU	
<i>Uchádzač spĺňa zdravotné kritériá na prácu v odbore, vrátane kritérií pre pracovníkov vykonávajúcich epidemiologicky závažnú činnosť</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>netrpí - poruchami obmedzujúcimi funkcie nosného a pohybového systému, postihnutím horných končatín, ktoré obmedzuje funkciu rúk, prstov a ich dobrú pohybovú koordináciu,</i> - <i>chronickým a recidivujúcim ochorením kože, ktoré výrazne postihuje ruky,</i> - <i>závažným chronickým, recidivujúcim ochorením dýchacích ciest</i> - <i>závažným postihnutím centrálného nervového systému s poruchami pohybových koordinácií,</i> - <i>záchvatovitými stavmi, psychickými poruchami</i> • <i>nemá návykové látky v anamnéze,</i> • <i>spĺňa požadovanú zrakovú a sluchovú ostrosť,</i> <i>(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)</i> 	
V dňa	Pečiatka a podpis lekára
POTVRDENIE LEKÁRA O OČKOVANÍ PROTI HEPATITÍDE TYPU B:	
Počet dávok:	
V dňa	Pečiatka a podpis lekára

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