



Stredná zdravotnícka škola, Lúčna 2, Lučenec
PRIHLÁŠKA na UČEBNÝ ODBOR: 5371 H - **SANITÁR**

I. Vyplní uchádzač :

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: *			
<i>(uchádzač priloží overenú kópiu výučného listu, alebo 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><ul style="list-style-type: none">- <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 výučného listu, alebo maturitného vysvedčenia, doklad o zmene priezviska (sobášny list)