

Príloha

**Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti žiaka
študovať príslušný odbor vzdelávania na strednej zdravotníckej škole
pre školský rok 2024/2025**

Meno a priezvisko:..... Dátum narodenia:

Názov učebného/študijného zdravotníckeho odboru:

.....

Vyjadrenie lekára:

Potvrdzujem, že u menovaného/menovanej bola vykonaná zdravotná prehliadka, ktorá potvrdila, že
**menovaný/á je zdravotne spôsobilý/á pre štúdium vyššie uvedeného zdravotníckeho študijného
odboru a schopný/á výkonu povolania**

v zmysle Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú kritériá zdravotnej spôsobilosti pre uchádzačov o zdravotnícke študijné odbory.

V dňa
.....
podpis lekára a odtlačok pečiatky