

Žiadosť o pridelenie číselného kódu zdravotníckeho pracovníka

podľa § 20 ods.1 písm. d) zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Príslušná pobočka na vybavenie žiadosti

Identifikácia žiadateľa

Titul pred menom	Titul za menom
Meno	Priezvisko
Dátum narodenia	Rodné číslo
Názov obce trvalého bydliska/názov obce prechodného bydliska, ak je trvalý pobyt v zahraničí	

Adresa na doručenie kódu zdravotníckeho pracovníka

Ulica	Číslo
PSČ	Obec
Štát	

Dosiahnuté najvyššie vzdelanie

Dosiahnuté špecializácie, certifikované pracovné činnosti

Registračné číslo z komory

Komora, v ktorej ste zaregistrovaný/á

Kódy žiadam pre špecializáciu/certifikovanú pracovnú činnosť, výkon odbornej pracovnej činnosti

- 1.
- 2.
- 3.

Požadované prílohy k žiadosti:

- a) kópia diplomu o ukončení vysokoškolského štúdia - pri prvej žiadosti o pridelenie kódu
- b) kópia diplomu o dosiahnutej špecializácii
- c) kópia certifikátu na výkon certifikovanej pracovnej činnosti
- d) kópia rozhodnutia o uznaní rovnocennosti diplomu o vzdelaní na výkon zdravotníckeho povolania MŠ SR v prípade, ak zdravotnícky pracovník študoval v zahraničí
- e) kópia rozhodnutia o uznaní rovnocennosti špecializačného diplomu alebo certifikátu MZ SR v prípade, ak zdravotnícky pracovník študoval v zahraničí
- f) kópia maturitného vysvedčenia (v prípade, že je to najvyššie dosiahnuté vzdelanie zdravotníckeho pracovníka)
- g) kópia dokladu o získaní osvedčenia o absolvovaní prípravy alebo špeciálnej prípravy pre výkon práce v zdravotníctve, a to vždy, ak ide o povolanie v kategórii iných zdravotníckych pracovníkov. V prípade, že iný zdravotnícky pracovník absolvoval strednú zdravotnícku školu, toto osvedčenie sa nevyžaduje, ale predkladá sa úradne osvedčenú kópiu maturitného vysvedčenia.
- h) potvrdenie MZ SR o splnení podmienok na výkon činnosti zubného lekára na území SR (v zmysle Smernice Európskeho parlamentu) a splnenie podmienok odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
- i) súhlas MZ SR na výkon zdravotníckeho povolania lekár ako hosťujúcej osoby
- j) originál alebo úradne overené splnomocnenie v prípade zastupovania

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť, úplnosť a pravdivosť poskytnutých údajov.

V

Dňa

_____ podpis žiadateľa