



ÚRAD PRE
DOHLAD NAD
ZDRAVOTNOU
STAROSTLIVOSŤOU

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 trvalého bydliska zdravotníckeho pracovníka

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

E-mail

Telefón

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) osvedčenú kópiu diplomu o získaní odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností (ukončenie vysokoškolského štúdia) – predkladá sa pri prvej žiadosti o pridelenie kódu zdravotníckeho pracovníka,
- b) osvedčenú kópiu diplomu o získaní odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností,
- c) osvedčenú kópiu certifikátu o získaní odbornej spôsobilosti na výkon certifikovaných pracovných činností,
- d) kópiu právoplatného rozhodnutia Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky o uznaní rovnocennosti diplomu o vzdelaní na výkon zdravotníckeho povolania v prípade, ak zdravotnícky pracovník získal vysokoškolský diplom v zahraničí,
- e) kópiu právoplatného rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o uznaní rovnocennosti špecializačného diplomu alebo certifikátu v prípade, ak zdravotnícky pracovník získal diplom o špecializácii alebo certifikát v zahraničí,
- f) osvedčenú kópiu maturitného vysvedčenia (v prípade, že ide doklad získania najvyššieho dosiahnutého vzdelania zdravotníckeho pracovníka),
- g) osvedčenú kópiu potvrdenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o splnení podmienok na výkon činnosti zubného lekára na území Slovenskej republiky a splnenie podmienok odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania,
- h) kópiu súhlasu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky na dočasný a príležitostný výkon zdravotníckeho povolania na území Slovenskej republiky,
- i) úradne overené plnomocenstvo v prípade zastupovania.

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť, úplnosť a pravdivosť poskytnutých údajov.

V

Dňa

_____ **podpis žiadateľa**

V prípade, že žiadosť bude odoslaná prostredníctvom Ústredného portálu verejnej správy, nie je potrebné elektronické podpísanie predmetnej žiadosti.