

Titul, meno, priezvisko:	<input type="text"/>	F-PO-11/1
Adresa trvalého pobytu:	<input type="text"/>	
Korešpondenčná adresa:	<input type="text"/>	
Kontakt tel. č./ mobil:	<input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>

**Úrad verejného zdravotníctva SR**  
**Trnavská cesta 52**  
**826 45 Bratislava**

**VEC:**

Žiadosť na vydanie osvedčenia o odbornej spôsobilosti

V zmysle § 15 ods. 1 písm. a) zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, žiadam o overenie odbornej spôsobilosti a o vydanie osvedčenia o odbornej spôsobilosti na:

- *kvalitatívne a kvantitatívne zisťovanie faktorov životného prostredia a pracovného prostredia na účely posudzovania ich možného vplyvu na zdravie:*

**K žiadosti pripájam potrebné údaje:**

- dátum narodenia:	<input type="text"/>	miesto narodenia:	<input type="text"/>
- názov pracoviska:	<input type="text"/>		
- adresa pracoviska:	<input type="text"/>		
- vzdelanie (špecializácia):	<input type="text"/>		
- odborná prax (počet rokov):	<input type="text"/>		
- pracovné zaradenie:	<input type="text"/>		
- žiadateľ je podnikateľ (áno/nie):	<input type="text"/>		

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

podpis

Príloha

- správny poplatok v hodnote 30 € za vykonanie skúšky
- správny poplatok v hodnote 20 € za vydanie osvedčenia o odbornej spôsobilosti
- doklad o dosiahnutom vzdelaní
- doklad o dĺžke odbornej praxe
- ak je žiadateľom podnikateľ: kópia dokladu o oprávnení na podnikanie