(uviesť adresu zdravotníckeho alebo sociálneho zariadenia)

Stredná zdravotnícka škola

M. Hattalu 2149

Dolný Kubín

V ...................................... dňa ........................

**Žiadosť o preškolenie zdravotníckych asistentov**

Zamestnávateľ ......................................................................... si Vás dovoľujem požiadať o preškolenie zdravotníckych asistentov podľa § 4b) vyhlášky MZ SR č. 28/2017, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z.z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov.

S pozdravom

**Prílohy**

1. Zoznam uchádzačov o preškolenie
2. Vyplnené prihlášky uchádzačov