

ŽÁDOST O VYDÁNÍ STEJNOPISU OSVĚDČENÍ

Osobní data žadatele:

Příjmení:

Jméno:

Rodné příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Telefon:

Žádám o vystavení stejnopisu

- a) Akreditovaný kvalifikační kurz SANITÁŘ / osvědčení o získané odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání**

rok závěrečné zkoušky:

- b) Akreditovaný kvalifikační kurz OŠETŘOVATEL / osvědčení o získané odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání**

rok závěrečné zkoušky:

Vystaveno dne:

Podpis žadatele: