Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Fakulta zdravotníckych vied
Rázusova 14
921 01 Piešťany

Potvrdenie vložiť do prihlášky

Potvrdenie o zdravotnej spôsobilosti

Meno a priezvisko: .....

Dátum narodenia: .....

Adresa trvalého bydliska: .....

Potvrdzujem, že u menovaného/nej/ bola vykonaná zdravotná prehliadka, ktorá potvrdila, že menovaný/á/ je:

a) duševne a fyzicky zdravotne spôsobilý/á/,
b) duševne a fyzicky zdravotne nespôsobilý/á/ *

na vysokoškolské štúdium a na výkon povolania v študijnom programe *fyzioterapia /rádiologická technika* *

....

miesto, dátum pečiatka a podpis lekára

** nehodiace sa škrtnúť*