



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

Prihláška na špecializačnú skúšku

Meno a priezvisko:

Prihlasujem sa na vykonanie špecializačnej skúšky v špecializačnom odbore **Odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve**.

v riadnom termíne*

v 1. opravnom termíne*

v 2. opravnom termíne*

Dátum začatia štúdia:

Téma záverečnej práce:

Potvrdenie o prevzatí špecializačnej práce:

Dátum:

Pečiatka a podpis

* Nehodiace sa škrtnúť