Meno: **Priezvisko:** **Trvalé bydlisko:** **PSČ:** **IČO:**

Telefónne číslo:

Regionálny úrad verejného zdravotníctva
so sídlom v Čadci
Palárikov ául. 1156
022 01 Čadca

V Čadci, dňa .....

VEC

Žiadosť na vykonanie skúšku odbornej spôsobilosti epidemiologicky závažných činností

Podpísaný (a) žiadam o vykonanie skúšky pred komisiou na preskúšanie odbornej spôsobilosti na vykonávanie epidemiologicky závažných činností a o vydanie osvedčenia o odbornej spôsobilosti.

Uvádzam predpísané údaje: /vyplňovať paličkovým písmom – čitateľne/

Meno, priezvisko a titul .....

Dátum narodenia ..... **miesto narodenia** .....

Adresa trvalého bydliska .....

Dosiahnuté vzdelanie .....

Činnosť, ktorú budem vykonávať .....

Fyzická osoba – podnikateľ .....

Obchodné meno .....

Miesto podnikania .....

IČO .....

Súhlasím, so spracovaním osobných údajov v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Za vybavenie ďakujem

.....

podpis, pečiatka