**Čestné vyhlásenia žiadateľa o vydanie potvrdenia o odbornej spôsobilosti a o etickej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania**

**Meno a priezvisko : ...................................................................**

**Rodné priezvisko : .....................................................................**

**Dátum narodenia : ....................................................................**

**Registračné číslo : ......................................................................**

**Zdravotnícke povolanie : ...........................................................**

**Štátna príslušnosť : Slovenská republika**

**ďalej len „Žiadateľ“, týmto čestne vyhlasuje, že:**

1. Nie je proti nemu vedené trestné stíhanie pre podozrenie zo spáchania trestných činov uvedených v ustanovení § 38 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov,
2. Nebolo vydané súdne rozhodnutie, v ktorom sa konštatuje spáchanie trestných činov uvedených v ustanovení § 38 ods. 1 zákona č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, žiadateľom,
3. V súvislosti s výkonom zdravotníckeho povolania žiadateľa nie je vedené správne konanie Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou,
4. V predchádzajúcich piatich rokoch žiadateľ vykonával zdravotnícke povolanie aspoň štyri roky. V prípade ak žiadateľ vykonával v predchádzajúcich piatich rokoch povolanie kratšie ako štyri roky, táto skutočnosť nastala z dôvodu, že žiadateľ je do registra zdravotníckych pracovníkov vedenom Slovenskou komorou medicínsko-zdravotníckych pracovníkov zapísaný menej ako päť rokov.

**Toto čestné vyhlásenie slúži pre potreby vydania Potvrdenia o odbornej spôsobilosti a o etickej spôsobilosti a žiadateľ súhlasí, aby Slovenská komora medicínsko-technických pracovníkov pre potreby vydania Potvrdenia o odbornej spôsobilosti a o etickej spôsobilosti spracovala a uchovala jeho osobné údaje uvedené v tomto čestnom vyhlásení. Všetky údaje sú pravdivé a žiadateľ vyhlasuje, že zodpovedá za ich správnosť a za ujmu, ktorú nepravdivosť údajov spôsobí.**

Dátum ........................................ Podpis ..................................................