



ŽIADOSŤ
o vykonanie doplňujúcej skúšky

VYPLNÍ ŽIADATEĽ

<i>Meno a priezvisko:</i>	
<i>Rodné priezvisko:</i>	
<i>Regulované povolanie:</i>	farmaceut
<i>Adresa trvalého alebo prechodného pobytu (ulica, mesto, PSC, štát):</i>	
<i>Korešpondenčná adresa:</i>	
<i>Kontaktný e-mail (povinný údaj):</i>	
<i>Telefón:</i>	
<i>Dátum:</i>	
<i>Podpis:</i>	

Súčasťou žiadosti musia byť tieto povinné prílohy:

1. osvedčená kópia dokladu o vzdelaní s prekladom do štátneho jazyka SR
2. osvedčená kópia rozhodnutia o uznaní dokladu o vzdelaní (zo *Strediska na uznávanie dokladov o vzdelaní MŠVVaŠ SR*)
3. potvrdenie o uhradení poplatku za úkony spojené so zabezpečením doplňujúcej skúšky
4. *ak ide o opakovanie doplňujúcej skúšky vykonávanej najneskôr do 12 mesiacov odo dňa neúspešného absolvovania doplňujúcej skúšky:*
informácia o vykonanej neúspešnej doplňujúcej skúške (kópia protokolu)