

na študijný program sústavného vzdelávania
**FYZIOTERAPIA DYSFUNKCIE SVALOV PANVOVÉHO DNA
A INKONTINENCIE MOČU**

TITUL:	
MENO:	
PRIEZVISKO:	za slobodna:
DÁTUM A MIESTO NARODENIA:	
ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ:	
DÁTUM UKONČENIA ŠTÚDIA:	
REG. ČÍSLO KOMORY:	
ADRESA BYDLISKA:	
ADRESA BYDLISKA:	
EMAIL:	
TELEFÓN:	
JAZYKOVÉ ZNALOSTI:	

Získaná špecializácia v špecializačnom odbore (ďalej ŠO)

ŠO:
dátum získania:
č. dokladu:

Získaný certifikát v certifikovanej pracovnej činnosti (ďalej CPČ)

CPČ:
dátum získania:
č. dokladu:

.....
podpis kandidáta