**Čestné prehlásenie**

**o zdravotnej spôsobilosti**

Dolu podpísaný ........................................................................., nar. .........................

bytom ...........................................................................................................................

týmto čestne prehlasujem, že som zdravotne spôsobilý na výkon zdravotníckeho povolania

........................ .

V ................................., dňa ................

 ...................................................