

Oznam o ukončení pracovnoprávneho vzťahu osoby

zaslaný v súlade s §8a, odsek 8, zákona č. 153/2016 Z. z. zákon o národnom zdravotníckom informačnom systéme.

I. Identifikácia žiadosti

Číslo žiadosti:

žiadateľ uvedie číslo žiadosti pridelení NCZI pri podaní

II. Identifikácia osoby s ukončeným pracovnoprávnym vzťahom

Identifikácia osoby

Meno:

Priezvisko:

Rodné priezvisko:

Titul:

Rodné číslo:

Adresa trvalého pobytu osoby

Ulica:

Súpisné číslo:

Obec:

PSČ:

Krajina:

III. Oznam o ukončení pracovnoprávneho vzťahu s osobu

Týmto vám oznamujeme, že dňa skončil pracovnoprávny vzťah s osobou uvedenou v časti II. tohto oznamu. Zároveň vás žiadame o bezodkladnú znefunkčnenie certifikátu na podpis osoby vydanom na elektronický preukaz pracovníka v zdravotníctve.

Zároveň potvrdzujeme, že všetky údaje, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti o elektronický preukaz pracovníka v zdravotníctve sú pravdivé a sú použité oprávnene. Zároveň berieme na vedomie, že plne zodpovedám za uvedenie nepravdivých údajov, prípadne poškodenie práv tretích subjektov neoprávneným použitím cudzieho vlastníctva.

V dňa

.....

meno, priezvisko, titul a vlastnoručný podpis
oprávnenej osoby žiadateľa