Univerzita Komenského v Bratislave
Filozofická fakulta

Gondova ulica 2
811 02 Bratislava 1

Špecializačné štúdium klinickej psychológie

O Z N Á M E N I E
o zmene zamestnávateľa

Meno, priezvisko, titul:	
Dátum, miesto narodenia:	
Trvalý pobyt (aj PSČ):	
Telefón, e-mail:	
Špecializačný odbor:	klinická psychológia
Dátum zaradenia:	

Pôvodný zamestnávateľ

Názov zamestnávateľa:	
Adresa zamestnávateľa:	
Pracovisko:	
Dátum ukončenia pracovného pomeru:	
Rozsah pracovného úväzku:	

Nový zamestnávateľ

Názov zamestnávateľa:	
Adresa zamestnávateľa:	
Pracovisko:	
Dátum začatia pracovného pomeru:	
Pracovné zaradenie:	
Rozsah a trvanie pracovného úväzku:	
Meno a priezvisko dohliadajúceho klinického psychológa:	

V ....., dňa ..... .

.....
podpis študenta

Svojím podpisom potvrdzujem, že počas špecializačného štúdia budem dohliadať na výkon špecializovaných pracovných činností, ktoré bude vykonávať pod mojím vedením.

.....
Podpis a pečiatka dohliadajúceho klinického psychológa