

Slovenská komora psychológov®

Odborárske námestie 3, 811 07 Bratislava
Tel: +421 948 228 738 e-mail: skp.kancelaria@gmail.com

ŽIADOSŤ O POZASTAVENIE LICENCIE (L1A/L1B/L1C) VEDENEJ V REGISTRI SLOVENSKEJ KOMORY PSYCHOLÓGOV

Záznamy SKP:			Vyplní SKP:
	Licencia pozastavená na obdobie:		
	Rozhodnutie vydané/Právoplatné dňom:		
	Číslo rozhodnutia:		
Titl. Meno a priezvisko, titl.:			
Registračné číslo v SKP:	4D	V čase podávania žiadosti som	<input type="checkbox"/> REGISTROVANÝ PSYCHOLÓG V SKP - NEČLEN <input type="checkbox"/> REGISTROVANÝ PSYCHOLÓG V SKP - ČLEN SKP
Rodné číslo:		Dátum narodenia:	
Trvalý pobyt (ulica, súpisné a orientačné číslo PSČ, obec):			
E-mail:		Telef. kontakt:	
Číslo vydanéj licencie:		Dátum vydania:	
Licencia je vydaná/využívaná pre: <small>(uvedte údaje podľa evidencie Štatistického úradu/RPO, pri L1C uvedte údaje právnickej osoby, pre ktorú ste odborným zástupcom)</small>	IČO:		
	Obchodné meno: <small>(nájdete napr. na: https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/Databases/register_organizacij)</small>		
	Adresa (ulica, súpisné a orientačné číslo, PSČ, obec):		
Je licencia v čase podávania žiadosti už pozastavená?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, od: do:		
Žiadam o pozastavenie licencie z dôvodu (označte): Upozornenie: pozastavenie licencie je možné v zmysle zákona č. 578/2004 Z.z. § 73, ods. 3 písm. a) najviac na jeden rok v požadovanom rozsahu, podľa písm. b) najviac na čas zákazu výkonu zdravotníckeho povolania (§ 73 ods. 1 písm. c), pozastavenie nie je možné zrealizovať spätne <i>napr.: 01.02.2018-31.01.2019</i>	<input type="checkbox"/> pozastavenie licencie bez udania dôvodu (podľa § 73 ods. 1 písm. a)* držiteľ licencie požiada o dočasné pozastavenie licencie) vo vymedzenom rozsahu** od (prvý deň pozastavenia licencie): do (posledný deň pozastavenia licencie): <input type="checkbox"/> pozastavenie licencie z dôvodu prerušenia výkonu zdravotníckeho povolania na dobu dlhšiu ako štyri roky v priebehu posledných piatich rokov (podľa § 73 ods. 1 písm. b*)) v celom rozsahu od (prvý deň pozastavenia licencie): do (posledný deň pozastavenia licencie): <input type="checkbox"/> pozastavenie licencie z dôvodu dočasného zákazu výkonu zdravotníckeho povolania (podľa § 73 ods. 1 písm. c*)) v celom rozsahu od (prvý deň pozastavenia licencie): do (posledný deň pozastavenia licencie):		

Slovenská komora psychológov®

Odborárske námestie 3, 811 07 Bratislava
Tel: +421 948 228 738 e-mail: skp.kancelaria@gmail.com

	<input type="checkbox"/> pozastavenie licencie z dôvodu dočasne pozastavenej registrácie (podľa § 73 ods. 1 písm. d)*) držiteľ licencie požiada o dočasné pozastavenie licencie) v celom rozsahu od (prvý deň pozastavenia licencie): do (posledný deň pozastavenia licencie): * zákona č. 578/2004 Z.z.		
Licencia je vydaná pre nasledovné oblasti (označte):	<input type="checkbox"/> Klinická psychológia <input type="checkbox"/> Poradenská psychológia <input type="checkbox"/> Pracovná a organizačná psychológia <input type="checkbox"/> Psychoterapia <input type="checkbox"/> Dopravná psychológia <input type="checkbox"/> Drogové závislosti	** Rozsah pozastavenia licencie Žiadam o pozastavenie licencie pre nasledovné oblasti:	<input type="checkbox"/> Klinická psychológia <input type="checkbox"/> Poradenská psychológia <input type="checkbox"/> Pracovná a organizačná psychológia <input type="checkbox"/> Psychoterapia <input type="checkbox"/> Dopravná psychológia <input type="checkbox"/> Drogové závislosti

Faktúru za administratívne úkony súvisiace s pozastavením licencie (podľa aktuálneho cenníka) žiadam vystaviť na:

Poznámka: Pozastavenie licencie pre člena je bezplatné.

Meno alebo Organizácia:					
Adresa:					
IČO:		DIČ:		IČ DPH:	SK

Dátum vyplnenia žiadosti:		Svojím podpisom potvrdzujem pravdivosť uvedených údajov***	***Podpis:
----------------------------------	--	---	-------------------

Prehlásenie o vzdaní sa odvolania (Je možné sa vzdať odvolania vopred. V prípade, že tak žiadateľ neučiní, platí 15 dňová lehota od doručenia rozhodnutia na odvolanie, až následne rozhodnutie nadobúda právoplatnosť. Právoplatnosť musí byť komorou vyznačená).
Doplňte svoje údaje v predtlačennom formulári.

Pre: Slovenská komora psychológov, Odborárske námestie 3, 811 07 Bratislava

Vec: Vzdanie sa odvolania proti rozhodnutiu vo veci pozastavenia licencie a žiadosť o vyznačenie právoplatnosti rozhodnutia.

Ja, dolupodpísaný/á

Titl. Meno Priezvisko:

Reg. číslo v Slovenskej komore psychológov:

Dátum narodenia:

sa v zmysle § 53 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní v znení neskorších predpisov sa písomne vzdávam práva na 15 dňové odvolanie voči rozhodnutiu Slovenskej komory psychológov o pozastavení licencie v zmysle tejto žiadosti.

Dovoľujem si týmto požiadať o vyznačenie právoplatnosti príslušného rozhodnutia a zaslanie príslušného rozhodnutia na moju adresu.

V....., dňa.....

.....
podpis