Titul, meno, priezvisko, trvalé bydlisko, telefónny kontakt, mailový kontakt

Slovenská komora SP a ASP

Mokrohájska cesta 3

841 04 Bratislava

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

**VEC: Oznámenie o prerušení výkonu samostatnej praxe sociálneho pracovníka**

v zmysle § 11 zákona č. 219/2014 Z.z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

*Dobrý deň,*

týmto ja, dolu podpísaný/á ........................................................................ (titul, meno, priezvisko) sociálny pracovník / sociálna pracovníčka s povolením na výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka, evidenčné číslo povolenia .................................................

podávam ***oznámenie o prerušení*** výkonu samostatnej praxe sociálneho pracovníka.

Obdobie prerušenia výkonu samostatnej praxe sociálneho pracovníka:

od (deň, mesiac, rok) ................................... do (deň, mesiac, rok) ................................... .

Výkon samostatnej praxe sociálneho pracovníka prerušujem z nasledujúceho ***dôvodu***:

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

S úctou

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

 Podpis sociálneho pracovníka