

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici  
Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, +421483248021

## ŽIADOSŤ O ZARADENIE

### do kvalifikačnej formy ďalšieho vzdelávania

Žiadam o zaradenie do  špecializačného štúdia  certifikačnej prípravy  
(vybranú kvalifikačnú formu označiť krížikom, jej názov uviesť podľa nariadenia vlády č.296/2010 z 9.6.2010)

#### v zdravotníckom povolaní:

sestra  fyzioterapeut  zdravotnícky záchranár  iné .....

Priezvisko: ..... Meno: ..... Tituly: .....

Rodné priezvisko: ..... Štátna príslušnosť: .....

Dátum narodenia: ..... Miesto narodenia: ..... Rodné číslo: .....

Bydlisko (trvalé): Mesto: ..... Ulica: ..... PSČ: .....

Bydlisko (prechodné): Mesto: ..... Ulica: ..... PSČ: .....

Kontaktné číslo telefónu alebo mobilu: ..... e-mail: .....

Kontaktná adresa: Bydlisko trvalé Bydlisko prechodné

Ukončené vzdelanie (uviesť presný názov a sídlo školy):  
.....

Študijný odbor: .....

Forma štúdia:  denná  externá Rok ukončenia: .....

Adresa zamestnávateľa: ..... PSČ: .....

Pracovisko/oddelenie: ..... Číslo telefónu: .....

Terajšie pracovné zaradenie: .....

V pracovnom pomere od: ..... v úväzku (povinný údaj): .....

#### Dôsledne, chronologicky uveďte odbornú prax! \*

##### Doterajšia prax v špecializačnom odbore:

Oddelenie: ..... Od – do: .....

Oddelenie: ..... Od – do: .....

Oddelenie: ..... Od – do: .....

##### Doterajšia prax v inom odbore:

Oddelenie: ..... Od – do: .....

Oddelenie: ..... Od – do: .....

##### Doteraz získaná špecializácia:

V odbore: .....

Dátum: ..... Číslo diplomu: .....

\* možno uviesť v prílohe

Zaradenie v inom špecializačnom odbore/certifikačnej pracovnej činnosti:  **áno**  **nie**

Ak **áno**, uviesť:

názov odboru: .....

vzdelávaciu ustanovizeň: .....

dátum zaradenia: .....

Som **registrovaná(ý)** v stavovskej organizácii:

..... od roku: .....

V zmysle Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, a zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, týmto udeľujem Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave súhlas s uchovaním mojich osobných údajov v plnom rozsahu pre potreby spojené so štúdiom a taktiež vyhlasujem, že všetky zmeny v osobných údajoch nahlásim študijnému oddeleniu bez zbytočného odkladu (najneskôr však do troch pracovných dní, odkedy ku zmene došlo). Tento súhlas dávam na celú dobu môjho štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave a jeden kalendárny rok po skončení môjho štúdia na uvedenej univerzite. Som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Dátum: .....

Podpis kandidáta: .....

Návrh na zaradenie podáva (zamestnávateľ/lekár/sestra/farmaceut samosprávneho kraja):

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

Dátum: .....

Podpis a pečiatka navrhovateľa: .....

**Zaraďuje SZU**

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

Dátum: .....

Podpis a pečiatka zaraďovateľa: .....

---

**Prílohy** - notárom overená kópia dokladu o vzdelaní (chronologicky od vysvedčenia o maturitnej skúške po doklad o najvyššom dosiahnutom vzdelaní, vrátane vysvedčenia o štátnej skúške a dodatku ku každému diplomu), fotokópia rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky), fotokópia dokladu o registrácii v SKS a PA

**Poznámka:** označte kontaktnú adresu