

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

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

PRIHLÁŠKA na skúšku

Špecializačný odbor:

.....

Dátum zaradenia:

Priezvisko: Meno: Tituly:

Rodné priezvisko:

Dátum narodenia: Miesto narodenia: Rodné číslo:

Kontaktné číslo telefónu alebo mobilu: e-mail:

Prihláška vyplnená podľa stavu ku dňu:

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.

Podpis kandidáta: