

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 fakulty 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 stavovskej organizácii (SKS a PA, SKF).

Poznámka: označte kontaktnú adresu