

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, 02/ 59370 464, 461, 463

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

PRIHLÁŠKA na skúšku

špecializačný odbor	
	dátum zaradenia *)
certifikovaná pracovná činnosť	
	dátum zaradenia *)
v zdravotníckom povolání /podľa NV SR/	

Meno, priezvisko, titul:

Rodné priezvisko:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

E-mail:

Kontakt:

Prihláška vyplnená podľa stavu ku dňu

V súlade so zákonom č.122/2013 Z. z. **súhlasím** so spracovaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave za účelom a v rozsahu potrebnom k spracovaniu osobných údajov.

.....
Podpis kandidáta

Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu podmienok ku skúške: študent **splnil – nesplnil** *) všetky predpísané výkony vzorového študijného programu.

Dátum:

.....
Podpis, pečiatka

Vyjadrenie dekana fakulty:

Dátum:

.....
Podpis

*) Nehodiace sa škrtnite. Ak nesplnil /a/ – zdôvodnenie.

