

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, 02 / 59370 100, 111

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

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):

v zdravotníckom povolaní: sestra pôrodná asistentka fyzioterapeut zdravotnícky laborant

rádiologický technik zdravotnícky záchranár asistent výživy farmaceutický laborant

.....

Priezvisko: Meno: Titul:

Rodné priezvisko Štátna príslušnosť:

Dátum narodenia: Miesto narodenia:

Rodné číslo

Bydlisko (trvalé): Mesto: Ulica: PSČ:

Bydlisko (prechodné): Mesto: Ulica: PSČ:

Kontakt č. telefónu, mobilu:

e-mail:

Ukončené vzdelanie (uviesť presný názov a sídlo školy):

Študijný odbor:

Forma štúdia: denná / externá (nehodiace sa prečiarknite) 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. Zákon 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 potrebnom 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, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Dátum:

Podpis kandidáta:

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

.....

.....

.....

Dátum:

.....
Podpis a pečiatka navrhovateľa

Zaraduje SZU

.....

.....

.....

Dátum:

.....
Podpis a pečiatka zaradovateľa

Príloha - notárom overená kópia dokladu o vzdelaní
- fotokópia rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky)

Poznámka: označte kontaktnú adresu