

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA
UNIVERZITA
V BRATISLAVE**

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

Fakulta ošetrovatel'stva 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 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 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, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

.....
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

Odborný garant

Dátum:

Podpis:

Vedúci pedagogického útvaru

Dátum:

Podpis:

Vyjadrenie dekana fakulty:

Dátum:

.....
Podpis

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

