



## Prihláška na špecializačnú skúšku

v špecializačnom odbore  
Odborník na riadenie vo verejnom zdravotníctve  
Master of Public Health

Meno, priezvisko, titul: \_\_\_\_\_

Rodné priezvisko: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_ Miesto narodenia: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Národnosť: \_\_\_\_\_ Štátna príslušnosť: \_\_\_\_\_

Adresa bydliska /PSČ/: \_\_\_\_\_

Kontakt /č. telefónu, e-mail/: \_\_\_\_\_

Adresa pracoviska /PSČ/: \_\_\_\_\_

Pracovné zaradenie: \_\_\_\_\_

Absolvovaná VŠ: \_\_\_\_\_

v študijnom odbore: \_\_\_\_\_

Dátum ukončenia VŠ: \_\_\_\_\_

Dátum zaradenia do špecializačného odboru\*): \_\_\_\_\_

v zdravotníckom povolání\*:  lekár  zubný lekár  farmaceut  verejný zdravotník  liečebný pedagóg  
 logopéd  psychológ  fyzik  laboratórny diagnostik  sestra  fyzioterapeut  zdravotnícky laborant

Akademický rok začiatku špecializačného štúdia: \_\_\_\_\_

Názov špecializačnej práce: \_\_\_\_\_

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.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis uchádzača

Prílohy: - špecializačná práca (2x pevná väzba, 1x CD)  
- \* povinný údaj - označiť krížikom

Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu podmienok ku skúške:

Študent splnil – nespľnil \*\*) všetky predpísané výkony vzorového študijného programu.

---

---

---

---

---

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis, pečiatka

---

\*\*) Nehodiace sa škrtnite. Ak nespľnil /a/ – zdôvodnenie.