

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Sládkovičova 21, 974 05 Banská Bystrica, 048 / 3248 021

Fakulta zdravotníctva SZU Bratislava so sídlom v Banskej Bystrici

PRIHLÁŠKA na skúšku

špecializačný odbor	
	dátum zaradenia *)
certifikovaná pracovná činnosť	
	dátum zaradenia *)
v zdravotníckom povolaní /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.

Dátum:

.....
Podpis, pečiatka

Vyjadrenie dekana fakulty:

Dátum:

.....
Podpis

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

