

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Lekárska fakulta

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

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

národnosť štátna príslušnosť

absolvovaná VŠ / názov /

v študijnom odbore

dátum ukončenia VŠ

adresa bydliska / PSČ /

adresa pracoviska / PSČ /

kontakt / číslo telefónu, mobilu, fax, e-mail /

jazykové znalosti

ZÍSKANÁ ŠPECIALIZÁCIA

v odbore dátum číslo dokladu

v odbore dátum číslo dokladu

ZÍSKANÁ CERTIFIKOVANÁ PRACOVNÁ ČINNOSŤ

v odbore dátum číslo dokladu

v odbore dátum číslo dokladu

*) doložite fotokópiu zaradenia do odboru, v ktorom chcete konať skúšku

prílohy: - fotokópia dokladu o získaní PhD.

- fotokópia rodného listu

- fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky)

doterajšia prax v špecializačnom odbore *)

doterajšia prax v certifikovanej pracovnej činnosti *)

doterajšia funkcia v špecializačnom odbore *)

doterajšia funkcia v iných odboroch *)

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

stručný posudok odborného vedúceho, ktorý overil spôsobilosť v odbore

dátum

.....
podpis, pečiatka

*) V týchto údajoch uveďte čas praxe od-do, prípadne rozsah čiastočného úväzku, miesto a vedúceho pracovníka. Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu. V prílohe uveďte ostatné dôležité skutočnosti (prednáškovú a publikačnú činnosť, pedagogickú činnosť, zoznam operačných výkonov, zoznam vyšetrovacích metód atď.)

súhlas riaditeľa organizácie

vyjadrenie lekára alebo farmaceuta samosprávneho kraja podľa príslušného špecializačného odboru

dátum

podpis, pečiatka

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

