

ŽIADOSŤ O ZARADENIE

do špecializačného štúdia, certifikačnej prípravy a prípravy na výkon práce v zdravotníctve podľa platného nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z.

NÁVRH NA ZARADENIE DÁVA (názov a adresa):		
Žiadam o zaradenie do:		
<input type="checkbox"/> špecializačného štúdia v odbore:		
<input type="checkbox"/> certifikačnej prípravy v CPCČ:		
<input type="checkbox"/> prípravy na výkon práce v zdravotníctve		
PRE:		
Priezvisko:		Meno:
Rodné priezvisko:		Titul:
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	/
Miesto a štát narodenia:		
Štátne občianstvo:		
Tel. č. (mobil):	E-mail:	
Registrácia v stavovskej organizácii od:	Číslo registrácie:	
Adresa trvalého bydliska:		
Ulica a číslo:		
Obec:	PSČ:	
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):		
Ulica a číslo:		
Obec:	PSČ:	
Ukončené vzdelanie:	Študijný odbor:	
Univerzita, fakulta, mesto:		
Dátum ukončenia:	Číslo diplomu:	
Doktorandský študijný program od:		

Adresa zamestnávateľa:	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
Pracovné zaradenie:	Zdravotnícke povolanie:
V pracovnom pomere od:	V úväzku:

Doteraz získaná špecializácia v odbore:		
	Dátum:	Číslo diplomu:
	Dátum:	Číslo diplomu:
	Dátum:	Číslo diplomu:

Priebeh doterajšej odbornej praxe:

Pracovisko:	od - do

Meno, podpis a pečiatka navrhovateľa (zamestnávateľ / lekár samosprávneho kraja / farmaceut samosprávneho kraja):	
Dátum:	Podpis:

V súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave za účelom a v rozsahu potrebnom k zaradeniu do ďalšieho vzdelávania. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem správnosť, pravdivosť vyplnených údajov a zaväzujem sa nahlásiť zmeny zamestnávateľa, zmeny v osobných údajoch, iné zmeny.

V _____ dňa _____ Podpis zdravotníckeho pracovníka: _____

Prílohy:

1. čestné vyhlásenie a žiadosť o vydanie dokladov (index odbornosti, záznamník) o ďalšom vzdelávaní (tlačivo nižšie),
2. notárom overená kópia vysokoškolského diplomu a dodatok k diplomu,
3. fotokópie diplomov doteraz získaných špecializácií,
4. fotokópia dokladu o zápise do registra zdravotníckych pracovníkov komory príslušnej na jeho vedenie (registrácia v stavovskej organizácii),
5. index odbornosti/špecializačný index (ak už bol vydaný).

Poznámka:

Neúplná žiadosť (bez príloh) bude vrátená žiadateľovi!

Počas čerpania materskej a rodičovskej dovolenky nezaradujeme.

Vypĺňa SZU v Bratislave:

Vyjadrenie odborného garanta študijného programu na LF SZU / FVZ SZU:	
Odporúčam / neodporúčam zaradenie do špecializačného štúdia.	
Započítanie časti štúdia z ukončeného špecializačného študijného programu v rozsahu v zmysle § 71 NV SR č. 296/2010 Z. z.:	
Odbor a dĺžka započítanej časti ukončeného špecializačného štúdia:	
Dátum:	Podpis:

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:	
Súhlasím / Nesúhlasím.	
Dátum:	Podpis:

Titul, meno, priezvisko:	
Dátum a miesto narodenia:	
Trvale bytom:	

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Týmto **čestne vyhlasujem**, že **nie som v tomto období zaradený/á** do špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy na inej vzdelávacej ustanovizni **a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania** (§ 40 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení).

Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli*** vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

Index odbornosti (špecializačný index)

číslo: _____ vydaný inštitúciou: _____

Záznamník zdravotných výkonov (logbook) pre študijný odbor, o zaradenie do ktorého žiadam

číslo: _____ vydaný inštitúciou: _____

V _____ dňa _____

Podpis: _____

ŽIADOSŤ O VYDANIE DOKLADOV O ĎALŠOM VZDELÁVANÍ

V zmysle § 76 ods. 2 Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v platnom znení týmto **žiadam** Slovenskú zdravotnícku univerzitu v Bratislave **o vydanie nasledujúcich dokladov o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:**

Index odbornosti *

Záznamník zdravotných výkonov (logbook)

V _____ dňa _____

Podpis: _____

**V prípade, ak ešte nebol vydaný*