

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

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

Fakulta ošetrovateľstva 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.

Dátum: .....

.....  
Podpis, pečiatka

Vyjadrenie dekana fakulty:

Dátum: .....

.....  
Podpis

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

