

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

## Fakulta verejného zdravotníctva

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 povolaní /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 e-mail ..... číslo telefónu, mobilu .....

jazykové znalosti .....

.....

#### ZÍSKANÁ ŠPECIALIZÁCIA

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

#### ZÍSKANÁ CERTIFIKOVANÁ PRACOVNÁ ČINNOSŤ

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

**\*) doložte 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 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

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

