

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

Lekárska fakulta Ústav farmácie

PRIHLÁŠKA

Školenie pre zamestnancov, ktorí pri svojej práci prichádzajú do styku s omamnými a psychotropnými látkami a s prípravkami s ich obsahom

Meno: _____ Priezvisko: _____ Titul: _____

Rodné číslo: _____

Dátum narodenia: _____ Miesto narodenia: _____

Bydlisko: _____ PSČ: _____

Kontakt (telefón, e-mail): _____

Adresa pracoviska: _____

Vzdelanie (škola): _____

Činnosť, na ktorú má zamestnávateľ povolenie na zaobchádzanie s OPL:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> výroba | <input type="checkbox"/> veľkodistribúcia | <input type="checkbox"/> preprava, dovoz, vývoz, tranzit | <input type="checkbox"/> expertízna činnosť |
| <input type="checkbox"/> pestovanie | <input type="checkbox"/> výskum, výučba | <input type="checkbox"/> spracovanie maku/ konopy | <input type="checkbox"/> nakladanie s odpadmi |

Osvedčenie žiadam vydať na:

- zaobchádzanie s OPL II. a III. skupiny a s prípravkami s ich obsahom
- zaobchádzanie s OPL I. skupiny
- pestovanie konopy
- pestovanie maku
- iné :

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.

Dátum _____

_____ Podpis zamestnanca

Odporúčanie zamestnávateľa:

Podpis

Pečiatka