

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

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

Lekárska fakulta

PRIHLÁŠKA

na odborný pohovor z prípravy na výkon práce v zdravotníctve

v odbore:

v zdravotníckom povolani*: laboratórny diagnostik liečebný pedagóg logopéd fyzik psychológ

meno, priezvisko, titul:

rodné priezvisko: štátna príslušnosť:

dátum narodenia: rodné číslo:

miesto narodenia:

absolvovaná vysoká škola:

dátum ukončenia VŠ: študijný odbor:

** adresa bydliska /PSČ/:

** adresa pracoviska /PSČ/:

kontakt /č. telefónu, e-mail/:

doterajšia prax / rozpis: kde, od-do /:

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 žiadateľa

.....
odporúčenie zamestnávateľa
/pečiatka, podpis/

príloha: - fotokópia zaradenia do prípravy na výkon práce v zdravotníctve
- úradne osvedčená fotokópia vysokoškolského diplomu
- fotokópia rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky)

poznámka: * označte zdravotnícke povolanie – **povinný údaj**, ** označte kontaktnú adresu

Vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu podmienok na odborný pohovor:

.....
.....
.....
.....

Dátum

.....

podpis

Vyjadrenie dekana fakulty:

.....
.....
.....

Dátum

.....

podpis