

**ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA, CERTIFIKAČNEJ PRÍPRAVY  
A PRÍPRAVY NA VÝKON PRÁCE V ZDRAVOTNÍCTVE PODĽA  
NARIADENIA VLÁDY SR č. 244/2018 Z. z. ,  
ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z.**

Návrh na zaradenie dáva: .....pre:

Priezvisko: ..... Meno: ..... Titul: .....

Rodné priezvisko: ..... Štátna príslušnosť: .....

Dátum narodenia: ..... Miesto narodenia: ..... Štát: .....

Rodné číslo : ..... Registrácia v stavovskej organizácii: (kópia dokladu o registrácii)

Bydlisko (trvalé): Mesto: ..... Ulica: ..... PSČ: .....

Bydlisko (prechodné): Mesto: ..... Ulica: ..... PSČ: .....

Číslo telefónu/mobil: ..... E-mail: .....

Ukončené vzdelanie: ..... Študijný odbor: .....

Univerzita, fakulta, mesto: .....

Dátum ukončenia: ..... Číslo diplomu: .....

Doktorandský študijný program od: .....

Adresa zamestnávateľa: ..... PSČ: .....

Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia) : .....

Pracovné zaradenie ..... Zdravotnícke povolanie: .....

V pracovnom pomere od: ..... V úväzku (povinný údaj) .....

**Žiadam o zaradenie do** špecializačného štúdia / certifikačnej prípravy / prípravy na výkon práce

v zdravotníctve:                      v odbore alebo CPČ

: .....

**Zaradenie v inej vzdelávacej ustanovizni: - NIE - ÁNO** (v ktorej) .....**Zaradenie v inom špecializačnom odbore, CPČ: . NIE - ÁNO** (názov) .....**Zaradenie v inej krajine a v odbore : NIE - ÁNO** (názov) .....Doteraz získaná špecializácia:

V odbore: ..... Dátum: ..... Číslo diplomu: .....

V odbore: ..... Dátum: ..... Číslo diplomu: .....

**Svojím podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť vyplnených údajov.****Zároveň sa zaväzujem nahlásiť zmeny zamestnávateľa, zmeny v osobných údajoch, iné zmeny.****\* Podpis pracovníka** : ..... Dátum: .....**Meno**, podpis a pečiatka **navrhovateľa** (zamestnávateľ / lekár samosprávneho kraja / farmaceut samosprávneho kraja):

..... Dátum .....

**Prílohy:** 1/ (notárom) Overená kópia vysokoškolského diplomu

2/ Kópie diplomov doteraz získaných špecializácií

3/ Index odbornosti (IO) alebo Špecializačný index, Záznamník (Z) /logbook/  
alebo IO a Z vydané inou vzdelávacou ustanovizňou**Poznámka:** **Neúplná žiadosť (bez príloh)  
bude vrátená žiadateľovi !**

**\*** Podľa zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov Vás prosíme o podpísanie súhlasu so spracúvaním Vašich osobných údajov v znení:  
" V súlade so zákonom č. 18/2018. 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."

**\*** podpis pracovníka .....