

**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 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 +dodatok **Poznámka:** **Neúplná žiadosť (bez príloh) bude vrátená žiadateľovi !**
2/ Kópie diplomov doteraz získaných špecializácií
3/ Index odbornosti (IO) alebo Špecializačný index, Záznamník (Z) /logbook/
alebo IO a Z vydané inou vzdelávacou ustanovizňou

* 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