

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

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

Lekárska fakulta

## PRIHLÁŠKA na vzdelávaciu aktivitu

názov vzdelávacej aktivity: .....

.....

číslo vzdelávacej aktivity: ..... dátum vzdelávacej aktivity: .....

miesto konania: .....

meno, priezvisko, titul: .....

rodné číslo: ..... štátna príslušnosť: .....

\*adresa bydliska /PSČ/: .....

.....

\*adresa pracoviska /PSČ/: .....

.....

**e-mail\*\***: ..... kontakt /č. telefónu, mobilu/: .....

**zaradený do odboru\*\***: ..... **dňa**: .....

**zdravotnícke povolanie\*\***:  lekár  zubný lekár  farmaceut  laboratórny diagnostik

liečebný pedagóg  fyzik  psychológ  verejný zdravotník

.....

získaná špecializácia v odbore: .....

doterajšia prax v špecializačnom odbore / 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: .....

.....

odporúčenie zamestnávateľa  
/ pečiatka, podpis /

.....

podpis účastníka