

Pedagogický odbor

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

tel.: 02/59370 252

ŽIADOSŤ O ZMENU ŠPECIALIZAČNÉHO ODBORU
podľa § 70, ods. 8 platného nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z.

ŽIADATEĽ O ZMENU ODBORU (názov a adresa):	
Z M E N A:	
- zo špecializačného štúdia (pôvodný špecializačný odbor):	
Dátum pôvodného zaradenia:	Číslo pôvodného dokladu o zaradení:
- do špecializačného štúdia (nový špecializačný odbor):	

PRE:

Priezvisko:	Meno:
Rodné priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodné číslo: /
Miesto a štát narodenia:	
Štátne občianstvo:	
Tel. č. (mobil):	E-mail:
Registrácia v stavovskej organizácii od:	Číslo registrácie:
Adresa trvalého bydliska:	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:

Adresa zamestnávateľa:	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
Pracovné zaradenie:	Zdravotnícke povolanie:
V pracovnom pomere od:	V úväzku:

Súhlas žiadateľa <u>súčasného (nového)</u> zaradenia:	
Pečiatka žiadateľa – organizácie:	Tituly, meno, priezvisko riaditeľa organizácie:
Dátum:	Podpis riaditeľa:

Príloha č. 1 k žiadosti o zmenu špecializačného odboru

Titul, meno, priezvisko:	
Dátum a miesto narodenia:	
Trvale bytom:	

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Týmto **čestne vyhlasujem**, že **nie som v tomto období zaradený/á** do špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy na inej vzdelávacej ustanovizni **a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania** (§ 40 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení).

Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli*** vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

Index odbornosti (špecializačný index)

číslo: _____ vydaný inštitúciou: _____

Záznamník zdravotných výkonov (logbook) pre študijný odbor, o zaradenie do ktorého žiadam

číslo: _____ vydaný inštitúciou: _____

V _____ dňa _____

Podpis: _____

ŽIADOSŤ O VYDANIE DOKLADOV O ĎALŠOM VZDELÁVANÍ

V zmysle § 76 ods. 2 Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v platnom znení týmto **žiadam** Slovenskú zdravotnícku univerzitu v Bratislave **o vydanie nasledujúcich dokladov o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:**

Index odbornosti *

Záznamník zdravotných výkonov (logbook)

V _____ dňa _____

Podpis: _____

**V prípade, ak ešte nebol vydaný*