

Fakulta verejného zdravotníctva

PRIHLÁŠKA
na vzdelávaciu aktivitu

Názov vzdelávacej aktivity: **Odborná príprava v radiačnej ochrane pre lekárov indikujúcich vyšetrenia využívajúce zdroje ionizujúceho žiarenia.**

Číslo vzdelávacej aktivity: **3/0049** 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