

S L O V E N S K Á Z D R A V O T N Í C K A U N I V E R Z I T A
V B R A T I S L A V E

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, 02/ 59370 461, 463

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

P R I H L Á Š K A na skúšku

| | |
|--|--------------------|
| špecializačný odbor | |
| | dátum zaradenia *) |
| certifikovaná pracovná činnosť | |
| | dátum zaradenia *) |
| v zdravotníckom povolaní /podľa NV SR/ | |

Meno, priezvisko,

titul:

Rodné

priezvisko:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Miesto narodenia:

E-mail:

Kontakt:

Prihláška vyplnená podľa stavu ku dňu

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.

.....
Podpis kandidáta

Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu podmienok ku skúške: študent **splnil – nespľnil** *) všetky predpísané výkony akreditovaného študijného programu

Odborný garant

Dátum:

Podpis: _____

Vedúci pedagogického útvaru

Dátum:

Podpis: _____

Vyjadrenie dekana fakulty:

Dátum:

.....
Podpis

*) Nehodiace sa škrtnite. Ak nespľnil /a/ – zdôvodnenie.