

**ŽIADOSŤ O ZARADENIE**
**do špecializačného štúdia / do certifikačnej prípravy podľa § 39 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z.**

<b>Žiadam o zaradenie do:</b>	
<input type="checkbox"/> špecializačného štúdia v špecializačnom odbore ( <i>vypísať celý názov</i> ):	
<input type="checkbox"/> certifikačnej prípravy v CPC ( <i>vypísať celý názov</i> ):	
<b>ÚDAJE O ZDRAVOTNÍCKOM PRACOVNÍKovi</b>	
<b>Priezvisko:</b>	<b>Meno:</b>
<b>Rodné priezvisko:</b>	<b>Titul/y:</b>
<b>Dátum narodenia:</b>	<b>Rodné číslo:</b> /
<b>Miesto a štát narodenia:</b>	
<b>Štátne občianstvo:</b>	
<b>Tel. č. (mobil):</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Registrácia v stavovskej organizácii od:</b>	<b>Číslo registrácie:</b>
<b>Adresa trvalého bydliska:</b>	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:
<b>Kontaktná adresa</b> (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:
<b>Ukončené vzdelanie:</b>	<b>Študijný odbor:</b>
Univerzita, fakulta, mesto:	
<b>Dátum ukončenia:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>
Doktorandský študijný program od:	

<b>Názov a adresa zamestnávateľa:</b>	
<b>IČO:</b>	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
<b>Pracovné zaradenie:</b>	<b>Zdravotnícke povolanie:</b>
<b>V pracovnom pomere od:</b>	<b>V úväzku:</b>

<b>Doteraz získaná špecializácia v odbore:</b>		
	<b>Dátum:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>
	<b>Dátum:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>
	<b>Dátum:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>

**Priebeh doterajších zamestnaní:**

Pracovisko:	od - do

V súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov **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. Zároveň svojím podpisom **potvrdzujem** správnosť, pravdivosť vyplnených údajov a zaväzujem sa nahlásiť zmeny zamestnávateľa, zmeny v osobných údajoch, iné zmeny.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_ **Podpis zdravotníckeho pracovníka:** \_\_\_\_\_

**Prílohy:**

1. čestné vyhlásenie zdravotníckeho pracovníka, že nie je zaradený do špecializačného štúdia/certifikačnej prípravy v inom špecializačnom odbore/v inej certifikačnej pracovnej činnosti (tlačivo nižšie),
2. čestné vyhlásenie o dokladoch v ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka a žiadosť o ich vydanie dokladov (index odbornosti, záznamník) (tlačivo nižšie),
3. úradne osvedčená kópia vysokoškolského diplomu a dodatok k diplomu (okrem absolventov SZU),
4. zdravotnícky pracovník, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania v cudzine, predkladá so žiadosťou o zaradenie aj rozhodnutie o uznaní dokladov o vzdelaní,
5. zdravotnícky pracovník, ktorý nemá trvalý pobyt na území SR, predkladá so žiadosťou o zaradenie aj kópiu povolenia na pobyt na území SR,
6. kópie diplomov doteraz získaných špecializácií (okrem absolventov SZU),
7. kópia dokladu, na základe ktorého zdravotnícky pracovník vykonáva zdravotnícke povolanie (pracovná zmluva),
8. kópia dokladu o registrácii v stavovskej organizácii,
9. index odbornosti/špecializačný index (ak už bol vydaný),
10. zmluva o zabezpečení ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v špecializačnom odbore/certifikačnej pracovnej činnosti

**Poznámky: Neúplná žiadosť (bez príloh) bude vrátená žiadateľovi!**

Počas čerpania materskej a rodičovskej dovolenky nezaradujeme.

**Vyplňa SZU v Bratislave:**

<b>Vyjadrenie odborného garanta študijného programu na LF SZU:</b>	
<b>Odporúčam / neodporúčam zaradenie do špecializačného štúdia.</b>	
Dátum:	Podpis:

<b>Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:</b>	
<b>Súhlasím / Nesúhlasím.</b>	
Dátum:	Podpis:

<b>Titul, meno, priezvisko:</b>	
<b>Dátum a miesto narodenia:</b>	
<b>Trvale bytom:</b>	

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE  
ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA**

**v súlade s § 39 ods. 5 písm. b)**

**a v súlade s § 40 ods. 15 zákona č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov**

Čestne vyhlasujem, že nie som v tomto období zaradený/á do špecializačného štúdia v inom špecializačnom odbore ani na inej vzdelávacej ustanovizni a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE  
ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA**

<b>Titul, meno, priezvisko:</b>	
<b>Dátum a miesto narodenia:</b>	
<b>Trvale bytom:</b>	

Čestne 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: \_\_\_\_\_

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 znení neskorších predpisov index a záznamník sú doklady zdravotníckeho pracovníka určené na účely zaznamenávania všetkých foriem ďalšieho vzdelávania; vydá ich vzdelávacia ustanovizeň na žiadosť uchádzača. **Zdravotnícky pracovník môže mať len jeden index počas celého priebehu ďalšieho vzdelávania.**

---

**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 znení neskorších predpisov 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*