****

**Slovenská zdravotnícka univerzita v bratislave**

**Lekárska fakulta**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37, tel.: +421 948 981 825

**Prihláška na ŠPECIALIZAčNÚ/CERTFIKAčNú skúšku**

|  |  |
| --- | --- |
| **Špecializačný odbor:** | |
| **Dátum zaradenia do špecializačného štúdia:** | **Rezident: áno □ / nie □** |
| **Certifikovaná pracovná činnosť:** | |
| **Dátum zaradenia do certifikačnej prípravy:** | |
| **V zdravotníckom povolaní** (podľa NV SR č. 296/2010 Z. z.): | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno, priezvisko, tituly:** | |
| **Rodné priezvisko:** | |
| **Dátum narodenia:** | **Rodné číslo:** |
| **Miesto narodenia:** | **Štát narodenia:** |
| **Štátna príslušnosť:** | |
| Číslo a platnosť povolenia na pobyt na území SR u cudzincov: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresa trvalého bydliska:** | |
| Ulica a číslo, mesto, PSČ: | |
| **Kontaktná adresa** (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR): | |
| Ulica a číslo, mesto, PSČ: | |
| **E-mail:** | **Mobil:** |
|  |  |
| **Absolvovaná vysoká škola (názov, sídlo):** | |
| Študijný program: | |
| Udelený akademický titul: | Dátum ukončenia: |

|  |
| --- |
|  |
| **Názov zamestnávateľa:** |
| **Pracovisko**: |
| Adresa pracoviska (ulica a číslo, obec, PSČ): |
| Výška pracovného úväzku: |

|  |
| --- |
| **Jazykové znalosti:** |

**Prílohy:** - index odbornosti, záznamník, doklad o zaradení do špecializačného odboru/certifikovanej pracovnej činnosti,

- fotokópia dokladu o získaní akademických titulov (okrem absolventov SZU),

- fotokópia rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky),

- ďalšie prílohy (vymenovať) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Doteraz získané špecializácie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Názov špecializačného odboru:** | |
| Dátum: | Číslo dokladu: |
| Vzdelávacia ustanovizeň (názov): | |
| **2. Názov špecializačného odboru:** | |
| Dátum: | Číslo dokladu: |
| Vzdelávacia ustanovizeň (názov): | |

**Doteraz získané certifikáty:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Názov certifikačnej pracovnej činnosti:** | |
| Dátum: | Číslo dokladu: |
| Vzdelávacia ustanovizeň (názov): | |
| **2. Názov certifikačnej pracovnej činnosti:** | |
| Dátum: | Číslo dokladu: |
| Vzdelávacia ustanovizeň (názov): | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Internistický kmeň / chirurgický kmeň / pediatrický kmeň** | Od: Do: |
| Dátum skúšky: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Absolvovaný **kurz - nácvik techník komunikácie**  (ak je súčasťou minimálneho štandardu**)** v termíne: |  |
| Absolvovaný **kurz - nácvik techník komunikácie** pre zdravotníckych pracovníkov, ktorí získališpecializáciu pred 1. januárom 2018, v termíne: |  |
| Absolvovaný **kurz zo sociálneho lekárstva a organizácie zdravotníctva** v termíne: |  |
| Absolvovaný **kurz zo sociálneho lekárstva a organizácie zdravotníctva - refresh**, ktorí získali špecializáciu pred 1. májom 2004, v termíne: |  |

**Uznaná prax z predchádzajúceho štúdia alebo pred zaradením do špecializačného štúdia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Počet mesiacov:** |  |
| **Názov špecializačného odboru:** |  |

**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. 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/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať. **Zároveň svojim podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť vyplnených údajov.**

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**podpis zdravotníckeho pracovníka**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***V prílohe uveďte ostatné dôležité skutočnosti (prednáškovú a publikačnú činnosť, pedagogickú činnosť, zoznam operačných výkonov, zoznam vyšetrovacích metód atď.)***

**Stručný posudok odborného vedúceho, ktorý overil spôsobilosť v odbore:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis a pečiatka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Súhlas riaditeľa organizácie

⬜ Vyjadrenie lekára alebo farmaceuta samosprávneho kraja podľa príslušného špecializačného odboru

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis a pečiatka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie odborného garanta k splneniu podmienok ku skúške:**

Študent **splnil – nesplnil** **\*)** všetky predpísané zdravotné výkony a predpísanú odbornú zdravotnícku prax akreditovaného študijného programu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis a pečiatka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjadrenie prodekana fakulty:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis prodekana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vyjadrenie dekana fakulty:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis dekana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*) Nehodiace sa škrtnite***

**ROZPIS KLINICKEJ PRAXE**

|  |
| --- |
| **Titul, meno a priezvisko zdravotníckeho pracovníka:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oddelenie** | **dátum** | | **počet**  **mesiacov** | **úväzok** | **názov, pečiatka a podpis**  **zdravotníckeho zariadenia**  **(čitateľne)** |
| **od** | **do** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Spolu počet mesiacov:** | | |  |  | |

**Prerušenie špecializačného štúdia/certifikačnej prípravy**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Od:** | **Do:** | **Dôvod:** |
| **Od:** | **Do:** | **Dôvod:** |