

**Slovenská zdravotnícka univerzita v bratislave**

**Lekárska fakulta**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37, tel.: 02 59370 356, 361, 560

**Prihláška na vzdelávaciu aktivitu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov vzdelávacej aktivity:** | |
| **Číslo vzdelávacej aktivity:** | **Dátum vzdelávacej aktivity:** |
| **Miesto konania:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko, tituly:** | | **Rezident: áno □ / nie □** |
| **Rodné priezvisko:** | | |
| **Dátum narodenia:** | **Rodné číslo:** | |
| **Miesto narodenia:** | **Štát narodenia:** | |
| **Štátna príslušnosť:** | | |
| **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:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaradená/ý do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore na SZU:** | **Dátum zaradenia na SZU:** |
| **Zaradená/ý do certifikačnej prípravy v certifikovanej pracovnej činnosti na SZU:** | **Dátum zaradenia na SZU:** |
| **Zdravotnícke povolanie:** 🗆 lekár 🗆 zubný lekár 🗆 farmaceut 🗆 laboratórny diagnostik 🗆 psychológ  🗆 liečebný pedagóg 🗆 fyzik 🗆 verejný zdravotník 🗆 iné: | |

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

|  |
| --- |
| **Získaná špecializácia v odbore:** |

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, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

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

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

**odporučenie zamestnávateľa podpis účastníka**

(pečiatka, podpis)