

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Lekárska fakulta

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, 02/ 59370 100, 111

## PRIHLÁŠKA na skúšku

špecializačný odbor	
	dátum zaradenia *)
certifikovaná pracovná činnosť	
	dátum zaradenia *)
v zdravotníckom povolání /podľa NV SR/	

meno, priezvisko, titul .....

rodné priezvisko .....

dátum narodenia ..... rodné číslo .....

miesto narodenia .....

národnosť ..... štátna príslušnosť .....

absolvovaná VŠ / názov / .....

v študijnom odbore .....

dátum ukončenia VŠ .....

adresa bydliska / PSČ / .....

adresa pracoviska / PSČ / .....

kontakt / číslo telefónu, mobilu, e-mail / .....

jazykové znalosti .....

### ZÍSKANÁ ŠPECIALIZÁCIA

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

### ZÍSKANÁ CERTIFIKOVANÁ PRACOVNÁ ČINNOSŤ

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

v odbore ..... dátum ..... číslo dokladu .....

\*) **doložite fotokópiu zaradenia do odboru, v ktorom chcete konať skúšku**

**prílohy:** - fotokópia dokladu o získaní PhD.

- fotokópia rodného listu

- fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky)

doterajšia prax v špecializačnom odbore \*)

doterajšia prax v certifikovanej pracovnej činnosti \*)

doterajšia funkcia v špecializačnom odbore \*)

doterajšia funkcia v iných odboroch \*)

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

stručný posudok odborného vedúceho, ktorý overil spôsobilosť v odbore

dátum

.....  
podpis, pečiatka

\*) V týchto údajoch uveďte čas praxe od-do, prípadne rozsah čiastočného úväzku, miesto a vedúceho pracovníka. Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu. V prílohe uveďte ostatné dôležité skutočnosti ( prednáškovú a publikačnú činnosť, pedagogickú činnosť, zoznam operačných výkonov, zoznam vyšetrovacích metód atď. )

súhlas riaditeľa organizácie

vyjadrenie lekára alebo farmaceuta samosprávneho kraja podľa príslušného špecializačného odboru

.....  
.....  
.....

dátum

.....  
podpis, pečiatka

Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu podmienok ku skúške:

študent **splnil – nesplnil** \*) všetky predpísané výkony vzorového študijného programu.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

dátum

.....  
podpis, pečiatka

vyjadrenie dekana fakulty:

.....  
.....  
.....

dátum

.....  
podpis

.....  
\*) Nehodiace sa škrtnite

