



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Limbová 12, 833 03 Bratislava 37
tel.: 02/59370 461

ŽIADOSŤ O VYKONANIE I. alebo II. ATESTÁCIE (alternatívu zakrúžkujte)

Meno, priezvisko, titul:

Rodné priezvisko:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto narodenia:

E-mail:

Kontakt:

Ukončená odborná spôsobilosť (uviest' presný názov školy):

.....
Mesto: Študijný odbor: Dátum ukončenia:

Ukončená pedagogická spôsobilosť (uviest' presný názov školy):

.....
Mesto: Študijný odbor: Dátum ukončenia:

Adresa zamestnávateľa:

Názov SZŠ:

Mesto: Ulica: PSČ:

Kontakt:

Telefón:

E - mail:

fax:

Kategória pedagogických zamestnancov

Kategória: Podkategória:

Kariérový stupeň: Kariérová pozícia:

Doba priamej pedagogickej praxe v rokoch (samostatný pedagogický zamestnanec):

Dátum:

.....
podpis žiadateľa
(pedagogický zamestnanec)

Odtlačok pečiatky a podpis riaditeľa, ktorým sa potvrdzuje správnosť uvedených údajov v žiadosti:

.....
meno a podpis riaditeľa školy

.....
pečiatka školy

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 ôsmich 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 vedomá/ý, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Dátum:	Podpis žiadateľa (pedagogický zamestnanec):
--------	---

Povinné prílohy k žiadosti:

- **2x vyhotovené portfólio v printovej podobe a 1x na elektronickom nosiči (USB)**
- úradne osvedčené kópie dokladov o vzdelaní (odborná spôsobilosť, pedagogická spôsobilosť, absolvované programy vzdelávania, iných aktivít)
- úradne osvedčená kópia dokladu o vykonaní prvej atestácie, ak sa uchádza o vykonanie druhej atestácie

Vyplňa SZU v Bratislave:

Vyjadrenie vedúceho Katedry profesijného rozvoja učiteľov:	
Žiadateľ spĺňa / nespĺňa podmienky pre vykonanie I. atestácie II. atestácie* :	
Dátum:	Podpis:

* nehodiace sa prečiarknuť

Stanovisko recenzenta k portfóliu (meno a priezvisko).....:	
<ul style="list-style-type: none">▪ odporúča portfólio na obhajobu▪ odporúča doplnenie portfólia▪ odporúča absolvovanie predatestačného vzdelávania▪ neodporúča portfólio na obhajobu *	
Dátum:	Podpis:

* vybrané stanovisko zakrúžkovať

Vyjadrenie oprávnenej osoby vzdelávacej ustanovizne:	
Súhlasím / Nesúhlasím*	
Dátum:	Meno a podpis:

* nehodiace sa prečiarknuť

Termín atestačnej skúšky:.....