**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**

**Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

tel.: 02/59 370 461

# Žiadosť o zaradenie

**do doplňujúceho pedagogického štúdia na výkon pracovnej činnosti učiteľa**

**príslušných odborných zdravotníckych predmetov vyučovaných v zdravotníckych odboroch vzdelávania na stredných zdravotníckych školách**

**podľa platného zákona č. 138/2019 Z. z.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Priezvisko:** | | | | | **Meno:** | |
| **Rodné priezvisko:** | | | | | | **Titul:** |
| **Dátum narodenia:** | **Rodné číslo: /** | | | | | |
| **Miesto a štát narodenia:** | | | | | | |
| **Štátne občianstvo:** | | | |  | | |
| **Tel. č. (mobil):** | | **E-mail:** | | | | |
| **Adresa trvalého bydliska:** | | | | | | |
| Ulica a číslo: | | | | | | |
| Obec: | | | PSČ: | | | |
| **Kontaktná adresa** (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR): | | | | | | |
| Ulica a číslo: | | | | | | |
| Obec: | | | PSČ: | | | |
| **Ukončené vzdelanie**: | | | Študijný odbor: | | | |
| Názov a sídlo školy: | | | | | | |
| Dátum ukončenia: | | | Číslo diplomu: | | | |
| Forma štúdia: **🗆** denná **🗆** externá | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **Adresa zamestnávateľa:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Pracovné zaradenie ( kategória, podkategória, kariérový stupeň, kariérová pozícia): | | | | | | |
| V pracovnom pomere od: | | | V úväzku: | | | |

**Doterajšia prax:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Názov zamestnávateľa + pracovná pozícia:** | **od - do** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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 ôsmych 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.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis žiadateľa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prílohy**:

1. úradne osvedčená kópia o vzdelaní (diplom, dodatok k diplomu, vysvedčenie o štátnej skúške),
2. fotokópia sobášneho listu,
3. úradne osvedčená kópia maturitného vysvedčenia.

**Poznámka:**

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

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

**Vypĺňa SZU v Bratislave:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjadrenie vedúceho Katedry profesijného rozvoja učiteľov:**  **Odporúčam / Neodporúčam⁎** zaradenie do kvalifikačného štúdia: | |
| Dátum: | Podpis: |

**⁎** nehodiacesa prečiarknuť

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjadrenie dekana fakulty:**  **Súhlasím** / **Nesúhlasím⁎** | |
| Dátum: | Meno a podpis: |

**⁎** nehodiacesa prečiarknuť