



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
Fakulta ošetrovatel'stva 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: <input type="checkbox"/> denná <input type="checkbox"/> 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 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.

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:

* nehodiace sa prečiarknuť

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

* nehodiace sa prečiarknuť