

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

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

Lekárska fakulta

PRIHLÁŠKA na vzdelávaciu aktivitu

názov vzdelávacej aktivity:

.....

číslo vzdelávacej aktivity: dátum vzdelávacej aktivity:

miesto konania:

meno, priezvisko, titul:

rodné číslo: štátna príslušnosť:

*adresa bydliska /PSČ/:

.....

*adresa pracoviska /PSČ/:

.....

e-mail**: kontakt /č. telefónu, mobilu/:

zaradený do odboru**: **dňa**:

zdravotnícke povolanie**: lekár zubný lekár farmaceut laboratórny diagnostik

liečebný pedagóg fyzik psychológ verejný zdravotník

.....

získaná špecializácia v odbore:

doterajšia prax v špecializačnom odbore / rozpis: kde, 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 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:

.....
odporúčenie zamestnávateľa
/ pečiatka, podpis /

.....
podpis účastníka

* **poznámka**: označte kontaktnú adresu

** **povinný údaj**