**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave**

**Č e s t n é v y h l á s e n i e**

v súlade s § 71 ods. 3 písm. b) zákona č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej „zákon“)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko študenta:** | **Akademický titul:** | |
| **Názov fakulty: LEKÁRSKA FAKULTA** | **Rodné číslo: /** | |
| **Študijný program: VšEOBECNÉ LEKÁRSTVO / ZUBNÉ LEKÁRSTVO \*** | | |
| **Stupeň VŠ štúdia: doktorské štúdium** | | **Ročník:** |

**Čestne vyhlasujem**, že okrem aktuálneho štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, **Lekárskej fakulte** v akademickom roku **2023/2024**

|  |
| --- |
| 1. **nie som zapísaný/á na súbežné bezplatné štúdium,**   **ani som nebol/a zapísaný/á na predchádzajúce bezplatné štúdium na fakulte SZU alebo na inej vysokej škole v SR.** |
| 1. **som zapísaný/á na súbežné bezplatné štúdium alebo**   **som bol/a zapísaný/á na predchádzajúce bezplatné štúdium na fakulte SZU alebo inej vysokej škole v SR.** |

***(zakrúžkujte pravdivú informáciu)***

**V prípade výberu možnosti 2 uvádzam všetky ďalšie zápisy na štúdium** (súbežné štúdium, predchádzajúce **bezplatné** štúdium na **inej vysokej škole**):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Vysoká škola (univerzita):** | | | |
| Fakulta: | | | |
| Druh štúdia *(napr. 3-ročné bakalárske, 2-ročné magisterské, 5-ročné magisterské, 6-ročné doktorské a pod.)*: | | | |
| Študijný program: | | | Forma štúdia: |
| Začiatok štúdia (dd.mm.rrrr): | Prerušenie štúdia (dd.mm.rrrr): od: do: | | |
| Stav štúdia *(uveďte niektorú z možností: študujem, štúdium prerušené, štúdium skončené):* | | | |
| Dátum ukončenia štúdia (dd.mm.rrrr): | | Získaný akademický titul: | |
| **2. Vysoká škola (univerzita):** | | | |
| Fakulta: | | | |
| Druh štúdia *(napr. 3-ročné bakalárske, 2-ročné magisterské, 5-ročné magisterské, 6-ročné doktorské a pod.)*: | | | |
| Študijný program: | | | Forma štúdia: |
| Začiatok štúdia (dd.mm.rrrr): | Prerušenie štúdia (dd.mm.rrrr): od: do: | | |
| Stav štúdia *(uveďte niektorú z možností: študujem, štúdium prerušené, štúdium skončené):* | | | |
| Dátum ukončenia štúdia (dd.mm.rrrr): | | Získaný akademický titul: | |
| Počet rokov štúdia *(uveďte celkovú dĺžku štúdia po zápise na štúdium zaokrúhlenú na celé roky/ročníky smerom nahor):* | | | |
| **3. Vysoká škola (univerzita):** | | | |
| Fakulta: | | | |
| Druh štúdia *(napr. 3-ročné bakalárske, 2-ročné magisterské, 5-ročné magisterské, 6-ročné doktorské a pod.)*: | | | |
| Študijný program: | | | Forma štúdia: |
| Začiatok štúdia (dd.mm.rrrr): | Prerušenie štúdia (dd.mm.rrrr): od: do: | | |
| Stav štúdia *(uveďte niektorú z možností: študujem, štúdium prerušené, štúdium skončené):* | | | |
| Dátum ukončenia štúdia (dd.mm.rrrr): | | Získaný akademický titul: | |
| Počet rokov štúdia *(uveďte celkovú dĺžku štúdia po zápise na štúdium zaokrúhlenú na celé roky/ročníky smerom nahor):* | | | |
| **V prípade súbežného štúdia - názov VŠ a fakulty (študijného programu), na ktorej budem uhrádzať školné**: | | | |
| **Mal/a som prerušené štúdium na SZU:** NIE / ÁNO **\*** v akademickom roku (dd.mm.rrrr): od: do: | | | |
| **V predchádzajúcom akademickom roku mi bolo poskytované sociálne štipendium:** ÁNO / NIE **\*** | | | |

Som si vedomý/á, že nesplnenie tejto povinnosti je porušením právnych predpisov v zmysle § 72 ods. 1 zákona č. 131/2018 Z. z.. Vyhlasujem, že mnou uvedené údaje sú pravdivé a úplné. \*\*

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. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, 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/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

|  |  |
| --- | --- |
| V Bratislave dňa: | Podpis študenta: |

\* Nehodiace sa prečiarknite.