

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:
FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA SO SÍDLOM V BANSKEJ BYSTRICI	Rodné číslo: /
Študijný program:	
Stupeň VŠ štúdia: <input type="checkbox"/> bakalárske štúdium <input type="checkbox"/> magisterské štúdium	Ročník:

Čestne vyhlasujem, že okrem aktuálneho štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, na Fakulte zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici v akademickom roku

- | |
|---|
| 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 |
| 2. 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 2. možnosti uvádzam všetky ďalšie zápisy na štúdium (súbežné štúdium, predchádzajúce bezplatné štúdium):

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:	Prerušenie štúdia:	od:	do:
Stav štúdia (uveďte niektorú z možností: študujem, štúdium prerušené, štúdium skončené):			
Dátum ukončenia štúdia:		Získaný akademický titul:	
Počet rokov štúdia (uveďte celkovú dĺžku štúdia po zápise na štúdium zaokrúhlenú na celé roky/ročníky smerom nahor):			
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:	Prerušenie štúdia:	od:	do:
Stav štúdia (uveďte niektorú z možností: študujem, štúdium prerušené, štúdium skončené):			
Dátum ukončenia štúdia:		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:	Prerušenie štúdia:	od:	do:
Stav štúdia (uveďte niektorú z možností: študujem, štúdium prerušené, štúdium skončené):			
Dátum ukončenia štúdia:		Získaný akademický titul:	
Počet rokov štúdia (uveďte celkovú dĺžku štúdia po zápise na štúdium zaokrúhlenú na celé roky/ročníky smerom nahor):			

Mal/a som prerušené štúdium na SZU: NIE / ÁNO v akademickom roku:	(od – do):
--	------------

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

Súhlasím so spracovaním a používaním mojich osobných údajov pre potreby Študijného oddelenia FZ BB SZU v súlade so zákonom č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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