

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: Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií	Rodné číslo: /
Študijný program:	
Stupeň VŠ štúdia: bakalárske štúdium	Ročník:

Čestne vyhlasujem, že okrem aktuálneho štúdia na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, **Fakulte ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií** v akademickom roku **2023/2024**

- | |
|---|
| 1. nie som zapísaný/á na súběžné 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 súběžné 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 (súběžné 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 <u>súběžného</u> 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.