

**Pedagogický odbor**Limbová 12, 833 03 Bratislava 37  
tel.: 0947 924 180, 0947 924 190, 0947 924 189**ŽIADOSŤ O PRIJATIE NA SZU**do špecializačného štúdia, certifikačnej pracovnej činnosti  
podľa § 70 ods. 3 nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. v znení neskorších predpisovzmena vzdelávacej ustanovizne  
s pokračovaním v špecializačnom štúdiu v tom istom špecializačnom odbore

<b>Priezvisko:</b>		<b>Meno:</b>	
<b>Rodné priezvisko:</b>		<b>Titul:</b>	
<b>Dátum narodenia:</b>	<b>Rodné číslo:</b> /		
<b>Miesto a štát narodenia:</b>			
<b>Štátne občianstvo:</b>			
<b>Tel. č. (mobil):</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliska:</b>			
Ulica a číslo:			
Obec:		PSČ:	
<b>Kontaktná adresa</b> (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):			
Ulica a číslo:			
Obec:		PSČ:	

<b>Zamestnávateľ – žiadateľ (súčasný) – IČO, názov:</b>	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
Pracovné zaradenie:	Zdravotnícke povolanie:
V pracovnom pomere od:	V úväzku:

**Dátum:** \_\_\_\_\_**Podpis žiadateľa:** \_\_\_\_\_**Žiadateľ žiada o zmenu zo vzdelávacej ustanovizne:**

<b>Názov a sídlo pôvodnej ustanovizne:</b>	
<b>Zaradená/ý v špecializačnom odbore:</b>	
Dňom:	dokladom č. <i>alebo</i> zápisom v indexe odbornosti

<b>Doteraz získaná špecializácia v odbore:</b>		
	<b>Dátum:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>
	<b>Dátum:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>
	<b>Dátum:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>

**Priebeh doterajších zamestnaní:**

Pracovisko:	od - do

<b>Pečiatka žiadateľa – organizácie:</b>	<b>Tituly, meno, priezvisko riaditeľa organizácie:</b>
<b>Dátum:</b>	<b>Podpis riaditeľa:</b>

V súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave za účelom a v rozsahu potrebnom k zaradeniu do ďalšieho vzdelávania. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem správnosť, pravdivosť vyplnených údajov a zaväzujem sa nahlásiť zmeny zamestnávateľa, zmeny v osobných údajoch, iné zmeny.

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_ **Podpis zdravotníckeho pracovníka:** \_\_\_\_\_

**Prílohy:**

1. čestné vyhlásenie zdravotníckeho pracovníka, že nie je zaradený do špecializačného štúdia/certifikačnej pracovnej činnosti v inom špecializačnom odbore/ certifikačnej pracovnej činnosti (tlačivo nižšie),
2. doklad o „vyrazení“ z evidencie účastníkov špecializačného štúdia príslušnej inštitúcie,
3. úradne osvedčená kópia vysokoškolského diplomu a dodatok k diplomu (okrem absolventov SZU),
4. zdravotnícky pracovník, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania v cudzine, predkladá so žiadosťou o prijatie aj rozhodnutie o uznaní dokladov o vzdelaní,
5. zdravotnícky pracovník, ktorý nemá trvalý pobyt na území SR, predkladá so žiadosťou o prijatie aj kópiu povolenia na pobyt na území SR,
6. kópie diplomov doteraz získaných špecializácií (okrem absolventov SZU),
7. kópiu dokladu, na základe ktorého zdravotnícky pracovník vykonáva zdravotnícke povolanie (pracovná zmluva)
8. fotokópia dokladu o zápise do registra zdravotníckych pracovníkov komory príslušnej na jeho vedenie (registrácia v stavovskej organizácii),
9. index odbornosti/špecializačný index (ak už bol vydaný).
10. zmluva o zabezpečení ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v špecializačnom odbore/ certifikovanej pracovnej činnosti ( LF- Špecializačné štúdium–Dokumenty na stiahnutie:  
<http://www.szu.sk/index.php?id=1235&menu>

**Poznámka:**

**Neúplná žiadosť (bez príloh) bude vrátená žiadateľovi!**

Počas čerpania materskej a rodičovskej dovolenky nezaraďujeme.

**Vypĺňa SZU v Bratislave:**

<b>Vyjadrenie odborného garanta študijného programu na LF SZU / FVZ SZU:</b>	
<b>Odporúčam / neodporúčam zaradenie do špecializačného štúdia.</b>	
Dátum:	Podpis:

<b>Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:</b>	
<b>Súhlasím / Nesúhlasím.</b>	
Dátum:	Podpis:

Titul, meno, priezvisko:	
Dátum a miesto narodenia:	
Trvale bytom:	

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA**  
**v súlade s § 39 ods. 5 písm. b) a v súlade s § 40 ods. 15**  
**zákona č. 578/ 2004 Z. z. v znení neskorších predpisov**

Čestne vyhlasujem, že **nie som v tomto období zaradený/á** do špecializačného štúdia v inom špecializačnom odbore ani na inej vzdelávacej ustanovizni **a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania.**

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli\*** vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

**Index odbornosti (špecializačný index)**

číslo: \_\_\_\_\_ vydaný inštitúciou: \_\_\_\_\_

**Záznamník zdravotných výkonov (logbook) pre študijný odbor, o zaradenie do ktorého žiadam**

číslo: \_\_\_\_\_ vydaný inštitúciou: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

V zmysle § 76 ods. 2 nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov index a záznamník sú doklady zdravotníckeho pracovníka určené na účely zaznamenávania všetkých foriem ďalšieho vzdelávania; vydá ich vzdelávacia ustanovizeň na žiadosť uchádzača. **Zdravotnícky pracovník môže mať len jeden index počas celého priebehu ďalšieho vzdelávania.**