

ŽIADOSŤ O ZARADENIE
do špecializačného štúdia / certifikačnej prípravy
podľa § 39 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z.

Žiadam o zaradenie do (vybranú kvalifikačnú formu označiť krížikom, jej názov uviesť podľa nariadenia vlády):	
<input type="checkbox"/> špecializačného štúdia v odbore:	
<input type="checkbox"/> certifikačnej prípravy v CPČ:	
v zdravotníckom povolani:	
<input type="checkbox"/> sestra	<input type="checkbox"/> pôrodná asistentka
<input type="checkbox"/> zdravotnícky laborant	<input type="checkbox"/> rádiologický technik
<input type="checkbox"/> nutričný terapeut	<input type="checkbox"/> farmaceutický laborant
	<input type="checkbox"/> fyzioterapeut
	<input type="checkbox"/> zdravotnícky záchranár
	<input type="checkbox"/>
Priezvisko:	Meno:
Rodné priezvisko:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodné číslo: /
Miesto a štát narodenia:	
Štátne občianstvo:	
Tel. č. (mobil):	E-mail:
Registrácia v stavovskej organizácii od:	Číslo registrácie:
Adresa trvalého bydliska:	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):	
Ulica a číslo:	
Obec:	PSČ:
Ukončené vzdelanie:	Študijný odbor:
Názov a sídlo školy:	
Dátum ukončenia:	Číslo diplomu:
Forma štúdia: <input type="checkbox"/> denná <input type="checkbox"/> externá	

Názov, adresa a IČO zamestnávateľa:	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
Pracovné zaradenie:	
V pracovnom pomere od:	V úväzku:

Doteraz získaná špecializácia v odbore:		
	Dátum:	Číslo diplomu:
	Dátum:	Číslo diplomu:
	Dátum:	Číslo diplomu:

Doterajšia prax v špecializačnom odbore:

Oddelenie:	od - do

Doterajšia prax v inom špecializačnom odbore:

Oddelenie:	od - do

Meno, podpis a pečiatka navrhovateľa (zamestnávateľ / lekár samosprávneho kraja / sestra samosprávneho kraja / farmaceut samosprávneho kraja):	
Dátum:	Podpis:

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 a žiadosť o vydanie dokladov (index odbornosti, záznamník) o ďalšom vzdelávaní (tlačivo nižšie),
2. notárom overená kópia o vzdelaní – okrem absolventov SZU,
3. fotokópie rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky) – okrem absolventov SZU,
4. fotokópia dokladu o zápise do registra zdravotníckych pracovníkov komory príslušnej na jeho vedenie (registrácia v stavovskej organizácii),
5. index odbornosti/špecializačný index (ak už bol vydaný),
6. potvrdenie zamestnávateľa na predpísanom tlačive.

Poznámka:

Neúplná žiadosť (bez príloh) bude vrátená žiadateľovi!

Vypĺňa SZU v Bratislave:

Vyjadrenie odborného garanta študijného programu na FOaZOŠ SZU: Odporúčam / neodporúčam zaradenie do špecializačného štúdia.	
Dátum:	Podpis:

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne: Súhlasím / Nesúhlasím.	
Dátum:	Podpis:

Príloha č. 1 k žiadosti o zaradenie

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

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Týmto **čestne vyhlasujem**, že **nie som v tomto období zaradený/á** do špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy na inej vzdelávacej ustanovizni **a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania** (§ 40 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení).

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: _____

ŽIADOSŤ O VYDANIE DOKLADOV O ĎALŠOM VZDELÁVANÍ

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 platnom znení týmto **žiadam** Slovenskú zdravotnícku univerzitu v Bratislave **o vydanie nasledujúcich dokladov o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:**

Index odbornosti *

Záznamník zdravotných výkonov (logbook)

V _____ dňa _____

Podpis: _____

**V prípade, ak ešte nebol vydaný*