

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

<b>Žiadam o zaradenie do</b> (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:		
<b>v zdravotníckom povolání:</b>		
<input type="checkbox"/> sestra	<input type="checkbox"/> pôrodná asistentka	<input type="checkbox"/> fyzioterapeut
<input type="checkbox"/> zdravotnícky laborant	<input type="checkbox"/> rádiologický technik	<input type="checkbox"/> zdravotnícky záchranár
<input type="checkbox"/> nutričný terapeut	<input type="checkbox"/> farmaceutický laborant	<input type="checkbox"/> .....
<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>Registrácia v stavovskej organizácii od:</b>	<b>Číslo registrácie:</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>Ukončené vzdelanie:</b>	<b>Študijný odbor:</b>	
Názov a sídlo školy:		
<b>Dátum ukončenia:</b>	<b>Číslo diplomu:</b>	
Forma štúdia: <input type="checkbox"/> denná <input type="checkbox"/> externá		

<b>Adresa zamestnávateľa:</b>	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
Pracovné zaradenie:	
V pracovnom pomere od:	V úväzku:

<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>

**Doterajšia prax v špecializačnom odbore:**

Oddelenie:	od - do

**Doterajšia prax v inom špecializačnom odbore:**

Oddelenie:	od - do

<b>Meno, podpis a pečiatka navrhovateľa</b> (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,
3. fotokópie rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky),
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).

**Poznámka:**

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

**Vypĺňa SZU v Bratislave:**

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

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

<b>Titul, meno, priezvisko:</b>	
<b>Dátum a miesto narodenia:</b>	
<b>Trvale bytom:</b>	

### 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*