SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

ZÁPISNÝ HÁROK ŠTUDENTA – zápis na štúdium (novoprijatý/á)

Akademický rok:	**ŠTUDIJNÝ PROGRAM:**	
Stupeň VŠ štúdia: ☐ **I. stupeň - bakalárske štúdium** ☐ **II. stupeň - magisterské štúdium**		
Forma štúdia: ☐ denná ☐ externá		**Ročník:**
PRIEZVISKO:		**MENO:**
Rodné priezvisko:	**Rodinný stav:**	**Titul:**
Dátum narodenia:	**Rodné číslo:** /	
Miesto a štát narodenia:		
Číslo občianskeho preukazu: *(cudzinci číslo pasu)*	**Štátna príslušnosť:**	
Tel. č. (mobil):	**E-mail:**	
Číslo účtu študenta *(denná forma)* Názov banky:	IBAN:	
	SWIFT/BIC:	
ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA:		
Ulica a číslo:		
Obec:	PSČ:	
Okres:	Štát:	
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska):		
Ulica a číslo:		
Obec:	PSČ:	
Absolvovaná stredná škola (maturita):		
Názov školy:		
Adresa:		
Študijný odbor:	Rok maturity:	
Vyššie odborné vzdelanie (diplom VOV):		
Názov školy:		
Adresa:		
Študijný odbor:	Rok absolvovania:	
Absolvované vysokoškolské štúdium:		
Názov vysokej školy (univerzita):		
Fakulta (názov):		
Študijný program:		
Dátum ukončenia štúdia:	Akademický titul:	Forma štúdia:
Zamestnávateľ (názov, adresa) – *študenti externej formy štúdia*:		
Pracovisko / oddelenie:		

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, 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 Banskej Bystrici, dňa:	**Podpis študenta:**