

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

ZÁPISNÝ HÁROK ŠTUDENTA
zápis do nasledujúceho obdobia štúdia

AKADEMICKÝ ROK: 20...../20....		ŠTUDIJNÝ PROGRAM:	
Stupeň VŠ štúdia: <input type="checkbox"/> I. stupeň - bakalárske štúdium <input type="checkbox"/> II. stupeň - magisterské štúdium			
Forma štúdia: <input type="checkbox"/> denná <input type="checkbox"/> externá		Ročník:	
PRIEZVISKO:		MENO:	
Rodné priezvisko:		Rodinný stav:	Titul:
Dátum narodenia:	Rodné číslo: /		
Miesto a štát narodenia:			
Štátna príslušnosť:			
Tel. č. (mobil):		E-mail:	
ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA:			
Ulica a číslo:		PSC:	
Obec:		Štát:	
Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska):			
Ulica a číslo:		PSC:	
Obec:		Štát:	
Študenti externej formy štúdia: ZAMESTNÁVATEĽ (názov, adresa):			
Pracovisko / oddelenie:			

Opakovane zapísané predmety v akademickom roku 20..../20...:

Kód predmetu:	Názov predmetu:	Ukončenie (S/A-PH):

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:
---------------------------------	-------------------------