

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE**  
**Lekárska fakulta**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37, tel.: 0948 981 813, 0948 981 888, 0948 981 820

**PRIHLÁŠKA NA VZDELÁVACIU AKTIVITU**

<b>NÁZOV VZDELÁVACEJ AKTIVITY:</b> Tematický kurz - špecifické témy	
<b>Číslo vzdelávacej aktivity:</b> 1/1428	<b>Dátum vzdelávacej aktivity:</b> 24.03.2025 - 24.03.2025
<b>Miesto konania:</b> online	
<b>Meno, priezvisko, tituly:</b>	<b>Rezident:</b> áno <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
<b>Rodné priezvisko:</b>	
<b>Dátum narodenia:</b>	<b>Rodné číslo:</b>
<b>Miesto narodenia:</b>	<b>Štát narodenia:</b>
<b>Štátna príslušnosť:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliska:</b>	
Ulica a číslo, mesto, PSČ:	
<b>Kontaktná adresa</b> (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):	
Ulica a číslo, mesto, PSČ:	
<b>E-mail:</b>	<b>Mobil:</b>
<b>Zaradená/ý do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore na SZU:</b>	<b>Dátum zaradenia na SZU:</b>
<b>Zaradená/ý do certifikačnej prípravy v certifikovanej pracovnej činnosti na SZU:</b>	<b>Dátum zaradenia na SZU:</b>
<b>Zdravotnícke povolanie:</b> <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> zubný lekár <input type="checkbox"/> farmaceut <input type="checkbox"/> laboratórny diagnostik <input type="checkbox"/> psychológ <input type="checkbox"/> liečebný pedagóg <input type="checkbox"/> fyzik <input type="checkbox"/> verejný zdravotník <input type="checkbox"/> iné:	
<b>Názov zamestnávateľa:</b>	
<b>Pracovisko:</b>	
Adresa pracoviska (ulica a číslo, obec, PSČ):	
<b>Získaná špecializácia v odbore:</b>	

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, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**odporúčenie zamestnávateľa**  
(pečiatka, podpis)

\_\_\_\_\_  
**podpis účastníka**