

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

ZÁPISNÝ HÁROK ŠTUDENTA

AKADEMICKÝ ROK: 20... /20...		ŠTUDIJNÝ PROGRAM: <input type="checkbox"/> ošetrovateľstvo <input type="checkbox"/> pôrodná asistencia <input type="checkbox"/> fyzioterapia <input type="checkbox"/> rádiologická technika <input type="checkbox"/> urgentná zdravotná starostlivosť <input type="checkbox"/> fyziologická a klinická výživa <input type="checkbox"/> dentálna hygiena	
Stupeň VŠ štúdia: <input type="checkbox"/> bakalársky <input type="checkbox"/> magisterský			
Forma štúdia: <input type="checkbox"/> denná <input type="checkbox"/> externá		Ročník: 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>	
PRIEZVISKO:		MENO:	
Rodné priezvisko:	Rodinný stav:	Titul:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	/	
Miesto a štát narodenia:			
Číslo občianskeho preukazu: <i>(cudzinci číslo pasu)</i>		Štátna príslušnosť:	
Tel. č. (mobil):		E-mail:	
Číslo účtu študenta		IBAN:	
Názov banky:		SWIFT/BIC:	
ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA:			
Ulica a číslo:			
Obec:		PSČ:	
Okres:		Štát:	
PRECHODNÉ BYDLISKO:			
Ulica a číslo:			
Obec:		PSČ:	
ABSOLVOVANÁ STREDNÁ ŠKOLA (maturita):			
Názov školy:			
Adresa (obec, ulica):			
Študijný odbor:		Rok maturity:	
ABSOLVOVANÉ VYSOKOŠKOLSKÉ ŠTÚDIUM:			
Názov vysokej školy (univerzita):			
Fakulta (názov):			
Študijný program:			
Dátum ukončenia štúdia:	Akademický titul:	Forma štúdia:	

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 ôsmich 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 Bratislave dňa:	Podpis študenta:
--------------------------	-------------------------