

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: <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: | | | |
| Číslo občianskeho preukazu: <i>(cudzinci číslo pasu)</i> | | Štátna príslušnosť: | |
| Tel. č. (mobil): | E-mail: | | |
| Číslo účtu študenta <i>(denná forma)</i> | | IBAN: | |
| Názov banky: | | SWIFT/BIC: | |
| ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA: | | | |
| Ulica a číslo: | | | |
| Obec: | | PSC: | |
| Okres: | | Štát: | |
| Kontaktná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska): | | | |
| Ulica a číslo: | | | |
| Obec: | | PSC: | |
| 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 <i>externej formy štúdia</i> : | | | |
| 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: