**Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave**

**Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

tel.: 02/59370 461, 463

# Žiadosť o zaradenie

**do špecializačného štúdia / certifikačnej prípravy**

**podľa § 39 ods. 5 zákona č. 578/2004 Z. z.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Žiadam o zaradenie do** (vybranú kvalifikačnú formu označiť krížikom, jej názov uviesť podľa nariadenia vlády)**:** | | | | | | | | | | |
| **□** špecializačného štúdia v odbore: | | | | | | | | | | |
| **□** certifikačnej prípravy v CPČ: | | | | | | | | | | |
| **v zdravotníckom povolaní:**  **🗆** sestra **🗆** pôrodná asistentka **🗆** fyzioterapeut  **🗆** zdravotnícky laborant **🗆** rádiologický technik **🗆** zdravotnícky záchranár  **🗆** nutričný terapeut **🗆** farmaceutický laborant **🗆** ............................................. | | | | | | | | | | |
| **Priezvisko:** | | | | | | | **Meno:** | | | |
| **Rodné priezvisko:** | | | | | | | | | **Titul:** | |
| **Dátum narodenia:** | | **Rodné číslo: /** | | | | | | | | |
| **Miesto a štát narodenia:** | | | | | | | | | | |
| **Štátne občianstvo:** | | | | | |  | | | | |
| **Tel. č. (mobil):** | | | **E-mail:** | | | | | | | |
| **Registrácia v stavovskej organizácii od:** | | | | | **Číslo registrácie:** | | | | | |
| **Adresa trvalého bydliska:** | | | | | | | | | | |
| Ulica a číslo: | | | | | | | | | | |
| Obec: | | | | PSČ: | | | | | | |
| **Kontaktná adresa** (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR): | | | | | | | | | | |
| Ulica a číslo: | | | | | | | | | | |
| Obec: | | | | PSČ: | | | | | | |
| **Ukončené vzdelanie**: | | | | Študijný odbor: | | | | | | |
| Názov a sídlo školy: | | | | | | | | | | |
| Dátum ukončenia: | | | | Číslo diplomu: | | | | | | |
| Forma štúdia: **🗆** denná **🗆** externá | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Názov, adresa a IČO zamestnávateľa:** | | | | | | | | | | |
| Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia): | | | | | | | | | | |
| Pracovné zaradenie: | | | | | | | | | | |
| V pracovnom pomere od: | | | | V úväzku: | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Doteraz získaná špecializácia v odbore:** | | | | | | | | | | |
|  | **Dátum:** | | | | | | | **Číslo diplomu:** | |
|  | **Dátum:** | | | | | | | **Číslo diplomu:** | |
|  | **Dátum:** | | | | | | | **Číslo diplomu:** | |

**Doterajšia prax v špecializačnom odbore:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oddelenie:** | **od - do** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Doterajšia prax v inom špecializačnom odbore:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oddelenie:** | **od - do** |
|  |  |
|  |  |

**V súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave za účelom a v rozsahu potrebnom k zaradeniu do ďalšieho vzdelávania. Zároveň svojím podpisom potvrdzujem správnosť, pravdivosť vyplnených údajov a zaväzujem sa nahlásiť zmeny zamestnávateľa, zmeny v osobných údajoch, iné zmeny.**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zdravotníckeho pracovníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prílohy**:

1. čestné vyhlásenie a žiadosť o vydanie dokladov (index odbornosti, záznamník) o ďalšom vzdelávaní (tlačivo nižšie),
2. notárom overená kópia o vzdelaní – okrem absolventov SZU,
3. fotokópie rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky) – okrem absolventov SZU,
4. fotokópia dokladu o zápise do registra zdravotníckych pracovníkov komory príslušnej na jeho vedenie (registrácia v stavovskej organizácii),
5. index odbornosti/špecializačný index (ak už bol vydaný),
6. potvrdenie zamestnávateľa na predpísanom tlačive.

**Poznámka:**

**Neúplná žiadosť (bez príloh) bude vrátená žiadateľovi**!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vypĺňa SZU v Bratislave:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjadrenie odborného garanta študijného programu na FOaZOŠ SZU:**  **Odporúčam / neodporúčam zaradenie do špecializačného štúdia.** | |
| Dátum: | Podpis: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:**  **Súhlasím / Nesúhlasím.** | |
| Dátum: | Podpis: |

**Príloha č. 1 k žiadosti o zaradenie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titul, meno, priezvisko:** |  |
| **Dátum a miesto narodenia:** |  |
| **Trvale bytom:** |  |

**Čestné vyhlásenie**

Týmto **čestne vyhlasujem**, že **nie som v tomto období zaradený/á** do špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy na inej vzdelávacej ustanovizni **a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania** (§ 40 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení)**.**

Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli\*** vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

**□ Index odbornosti (špecializačný index)**

číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vydaný inštitúciou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ Záznamník zdravotných výkonov (logbook) pre študijný odbor, o zaradenie do ktorého žiadam**

číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vydaný inštitúciou: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ŽIADOSŤ O VYDANIE DOKLADOV O ĎALŠOM VZDELÁVANÍ**

V zmysle § 76 ods. 2 Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v platnom znení týmto **žiadam** Slovenskú zdravotnícku univerzitu v Bratislave **o vydanie nasledujúcich dokladov o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka**:

**□ Index odbornosti \***

**□ Záznamník zdravotných výkonov (logbook)**

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*V prípade, ak ešte nebol vydaný*