

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, 02/ 59370, 461, 463

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

PRIHLÁŠKA na skúšku

špecializačný odbor	
	dátum zaradenia *)
certifikovaná pracovná činnosť	
	dátum zaradenia *)
v zdravotníckom povolání /podľa NV SR/	

Meno, priezvisko,

titul:

Rodné

priezvisko:

Rodné

Dátum narodenia:

číslo:

Miesto

narodenia:

E-mail:

Kontakt:

Prihláška vyplnená podľa stavu

ku dňu

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. Zákon 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.

.....
Podpis kandidáta

Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu

podmienok ku skúške: študent **splnil – nesplnil *)** všetky predpísané výkony vzorového študijného programu.

.....
.....
.....
Dátum:

.....
Podpis, pečiatka

