

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

---

## Fakulta verejného zdravotníctva

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, ☎ 02/ 59370 100, 111

## PRIHLÁŠKA na špecializačné štúdium Master of Public Health

v zdravotníckom povolání \*)

- lekár  zubný lekár  farmaceut  verejný zdravotník  laboratórny diagnostik  liečebný pedagóg  
 logopéd  psychológ  fyzik  sestra  fyzioterapeut  zdravotnícky laborant

dátum zaradenia do špecializačného odboru \*)

meno, priezvisko, titul

rodné priezvisko

dátum narodenia

rodné číslo

miesto narodenia

národnosť

štátna príslušnosť

absolvovaná VŠ / názov /

v študijnom odbore

dátum ukončenia VŠ

adresa bydliska / PSČ /

adresa pracoviska / PSČ /

kontakt / číslo telefónu, mobilu, e-mail /

jazykové znalosti

### ZÍSKANÁ ŠPECIALIZÁCIA

v odbore

dátum

číslo dokladu

v odbore

dátum

číslo dokladu

Prílohy: - fotokópia zaradenia do špecializačného odboru

- fotokópia o získaní kvalifikačných dokladov (PhD., MBA, doc., prof. ...)

- fotokópia rodného listu, fotokópia sobášneho listu (vydaté uchádzačky)

\*) povinný údaj (zdravotnicke povolanie označiť krížikom)

doterajšia prax v špecializačnom odbore \*\*)

doterajšia funkcia v iných odboroch \*\*)

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

stručný posudok odborného vedúceho, ktorý overil spôsobilosť v odbore

dátum

.....  
podpis, pečiatka

.....  
\*\*) Uvedte čas praxe od-do, prípadne rozsah čiastočného úväzku, miesto a vedúceho pracovníka.  
Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu. V prílohe uveďte ostatné dôležité skutočnosti ( prednáškovú a publikačnú činnosť, pedagogickú činnosť, atď. )

súhlas riaditeľa organizácie

vyjadrenie lekára alebo farmaceuta samosprávneho kraja

.....

.....

.....

dátum

.....  
podpis, pečiatka

vyjadrenie dekana fakulty:

.....

.....

.....

.....

dátum

.....  
podpis, pečiatka