

**Pedagogický odbor**

Limbová 12, 833 03 Bratislava 37

tel.: 02/59370 252

**ŽIADOSŤ O ZMENU****vzdelávacej ustanovizne (z inej) na SZU v Bratislave  
podľa § 70, ods. 10 platného nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z.**

<b>Priezvisko:</b>		<b>Meno:</b>	
<b>Rodné priezvisko:</b>		<b>Titul:</b>	
<b>Dátum narodenia:</b>	<b>Rodné číslo:</b> /		
<b>Miesto a štát narodenia:</b>			
<b>Štátne občianstvo:</b>			
<b>Tel. č. (mobil):</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Adresa trvalého bydliska:</b>			
Ulica a číslo:			
Obec:		PSČ:	
<b>Kontaktná adresa</b> (ak je iná ako adresa trvalého bydliska – cudzinci prechodné bydlisko na území SR):			
Ulica a číslo:			
Obec:		PSČ:	

<b>Zamestnávateľ – žiadateľ (súčasný):</b>	
Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia):	
Pracovné zaradenie:	Zdravotnícke povolanie:
V pracovnom pomere od:	V úväzku:

**Dátum:** \_\_\_\_\_**Podpis žiadateľa:** \_\_\_\_\_**Žiadateľ žiada o zmenu zo vzdelávacej ustanovizne:**

Názov a sídlo pôvodnej ustanovizne:	
Zaradenie v špecializačnom odbore:	
Dňom:	dokladom č. <i>alebo</i> zápisom v indexe odbornosti

**do vzdelávacej ustanovizne:** Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Lekárska fakulta.

<b>Pečiatka žiadateľa – organizácie:</b>	<b>Tituly, meno, priezvisko riaditeľa organizácie:</b>
<b>Dátum:</b>	<b>Podpis riaditeľa:</b>

**Prílohy:**

1. doklad o vyradení z evidencie účastníkov špecializačného štúdia príslušnej inštitúcie,
2. žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia na SZU v Bratislave.