

# SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA

Fakulta verejného zdravotníctva

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

## PRIHLÁŠKA

na štúdium

Master of Public Health

meno, priezvisko, titul

rodné meno

dátum a miesto narodenia

rodné číslo

národnosť

štátna príslušnosť

Absolvovaná VŠ (názov)

dátum ukončenia VŠ

(Doložte overenou fotokópiou diplomu)

adresa bydliska / PSČ /

adresa pracoviska / PSČ /

kontakt /telefón,mobil,e-mail/

jazykové znalosti

### ZÍSKANÁ ŠPECIALIZÁCIA

v odbore

dátum

číslo dokladu

v odbore

dátum

číslo dokladu

v odbore

dátum

číslo dokladu

### ZÍSKANÁ CERTIFIKOVANÁ PRACOVNÁ ČINNOSŤ

v odbore

dátum

číslo dokladu

v odbore

dátum

číslo dokladu

v odbore

dátum

číslo dokladu

doterajšia prax \*)

doterajšia funkcia \*) \_\_\_\_\_

prihláška vyplnená podľa stavu ku dňu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis kandidáta

stručný posudok odborného vedúceho, ktorý overil spôsobilosť

\_\_\_\_\_ dátum

\_\_\_\_\_ podpis, pečiatka

súhlas riaditeľa organizácie

vyjadrenie lekára alebo farmaceuta samosprávneho kraja podľa príslušného špecializačného odboru

\_\_\_\_\_ dátum

\_\_\_\_\_ podpis, pečiatka

vyjadrenie vedúceho katedry:

\_\_\_\_\_ dátum

\_\_\_\_\_ podpis, pečiatka

vyjadrenie dekana fakulty:

---

---

---

---

---

---

dátum

---

podpis, pečiatka

---

**\*) V týchto údajoch uveďte 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. )**