

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

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

Fakulta verejného zdravotníctva

ŽIADOSŤ O ZARADENIE do kvalifikačnej formy ďalšieho vzdelávania

Priezvisko: Meno:

Titul: Rodné meno Štátna príslušnosť:

Dátum narodenia: Miesto narodenia: Rodné číslo

Bydlisko (trvalé) *: Mesto: Ulica: PSČ:

Bydlisko (prechodné) *: Mesto: Ulica: PSČ:

Kontakt: telefón: mobil: e-mail:

Ukončené vzdelanie (uviesť presný názov školy):

Mesto: Študijný odbor: Dátum ukončenia:

Adresa zamestnávateľa: PSČ:

Pracovisko/oddelenie: Pracovné zaradenie:

Číslo telefónu: V pracovnom pomere od:

Žiadam o zaradenie do **

- špecializačného štúdia
- certifikovanej pracovnej činnosti
- prípravy na výkon práce v zdravotníctve

uveďte názov podľa nariadenia vlády:

Doterajšia prax v špecializačnom odbore:

Oddelenie: Od – do:

Doterajšia prax v inom odbore:

Oddelenie: Od – do:

Oddelenie: Od – do:

Doteraz získaná špecializácia:

V odbore: Dátum: Číslo diplomu:

V odbore: Dátum: Číslo diplomu:

Podpis pracovníka: Dátum:

Návrh na zaradenie podáva:

Dátum:

Podpis a pečiatka navrhovateľa

zamestnávateľ
lekár samosprávneho kraja
farmaceut samosprávneho kraja

Zaradený(á) SZU: dňa:

Poznámka: * označte kontaktnú adresu
** označte požadované zaradenie

Príloha: notárom overená kópia dokladu o vzdelaní