



Žiadosť o zaradenie do evidencie špecializačného štúdia

Návrh na zaradenie dáva*:

Adresa navrhovateľa:

Žiadam o zaradenie do evidencie špecializačného štúdia v špecializačnom odbore:

.....

Meno, priezvisko, tituly:

Rodné priezvisko Štátne občianstvo:

Dátum narodenia: Rodné číslo:

Miesto a štát narodenia:

Trvalý pobyt:

Kontaktná adresa:

Tel.: E-mail:

Ukončené vzdelanie: Študijný odbor:

Univerzita, fakulta, mesto:

Dátum ukončenia: Dátum a miesto promócie:

Číslo diplomu: Priznaný titul:

Adresa zamestnávateľa:

Pracovisko (klinika, oddelenie):

Tel.: Pracovné zaradenie:

Výška úväzku: V pracovnom pomere od:

Trvanie pracovného pomeru do:

Pôvodné zaradenie do špecializačného odboru:

Pôvodná vzdelávacia ustanovizeň:

Dátum zaradenia:

Získaná špecializácia:

Odbor: Dátum: Číslo diplomu:

Odbor: Dátum: Číslo diplomu:

Získaný certifikát:

Odbor: Dátum: Číslo certifikátu:

Odbor: Dátum: Číslo certifikátu:

Dátum:
.....
podpis uchádzača

Dátum:
.....
pečiatka a podpis vedúceho pracoviska

Dátum:
.....
pečiatka a podpis navrhovateľa*

**zamestnávateľ/lekár samosprávneho kraja*

Prílohy:

- overená kópia vysokoškolského diplomu/diplomov o špecializácii/certifikátov
- uznanie zahraničného vysokoškolského diplomu na výkon regulovaného povolania
- čestné vyhlásenie, že uchádzač nie je zaradený v inom špecializačnom odbore, v certifikačnej príprave a ani na inej vzdelávacej ustanovizni
- kópia dokladu o vyradení z pôvodnej ustanovizne
- kópia dokladu o registrácii v Slovenskej lekárskej komore
- index odbornosti a záznamník zdravotných výkonov – so zápismi a potvrdením doterajšej odbornej praxe a zdravotných výkonov realizovaných v rámci zaradenia
- zamestnanci LF UK – kópia pracovnej zmluvy so zdravotníckym zariadením
- záujemca, ktorý nemá trvalý pobyt na území SR – kópia povolenia na pobyt
- fotokópia dokladu, na základe ktorého zdravotnícky pracovník vykonáva zdravotnícke povolanie (pracovná zmluva, licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe, povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia)

Vyjadrenie odborného garanta LF UK:

.....
.....
.....

Školiteľ na domácom pracovisku:

Školiteľ LF UK:

Dátum:

.....
podpis odborného garanta LF UK

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:

.....
.....
.....

Dátum:

.....
podpis dekana LF UK

Ochrana osobných údajov

Univerzita Komenského v Bratislave, so sídlom Šafárikovo námestie 6, P.O.BOX 440, 814 99 Bratislava, IČO: 00397865 (ďalej len „UK“) je prevádzkovateľom spracúvajúcim osobné údaje podľa čl. 4 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len ako „nariadenie GDPR“), ktorý bude spracúvať Vaše osobné údaje prostredníctvom svojej Lekárskej fakulty v Bratislave.

Z dôvodu zabezpečenia odbornej praxe v rámci špecializačného študijného programu, môžu byť Vaše osobné údaje poskytnuté Ministerstvu zdravotníctva SR, komorám príslušným na vedenie registra zdravotníckych pracovníkov, Sociálnej poisťovni, zdravotným poisťovniam a príslušným zdravotníckym zariadeniam. Na vyžiadanie môžu byť Vaše osobné údaje poskytnuté polícii, súdom a štátnym orgánom SR.

Poskytnutie Vašich osobných údajov je nevyhnutné pre zaradenie do špecializačného štúdia a poskytovanie špecializačného štúdia. Bez poskytnutia údajov uvedených v tejto žiadosti Vás nemožno do špecializačného štúdia zaradiť a nemožno ho ani realizovať. Právnym základom spracúvania osobných údajov je čl. 6 ods. 1 písm. b) nariadenia GDPR (spracúvanie je nevyhnutné na plnenie zmluvy, ktorej zmluvnou stranou je dotknutá osoba, alebo aby sa na základe žiadosti dotknutej osoby vykonali opatrenia pred uzatvorením zmluvy). Účelom spracúvania osobných údajov je uzatvorenie a plnenie Zmluvy o zabezpečení špecializačného štúdia zdravotníckych pracovníkov. V prípade zaradenia do špecializačného štúdia budú Vaše osobné údaje uchovávané 50 rokov od ukončenia štúdia.

Vyhlasujem, že som sa na [webovom sídle UK](#) oboznámil s mojimi právami ako dotknutej osoby pri spracúvaní mojich osobných údajov a s kontaktnými údajmi zodpovednej osoby.

Dátum:

.....

podpis uchádzača

Týmto dávam UK súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti, vrátane čestného vyhlásenia a sprievodného listu, za účelom archivácie mojej žiadosti v prípade nezaradenia do špecializačného štúdia. Ostatné prílohy tejto žiadosti mi budú vrátené. Moje osobné údaje budú uchovávané ešte 3 roky po ukončení prijímacieho konania. Počas tejto doby môžu byť moje osobné údaje poskytnuté Ministerstvu zdravotníctva SR. Súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek písomne odvolať prostredníctvom *Samostatného referátu vedeckovýskumnej činnosti, doktorandského štúdia a zahraničných stykov Lekárskej fakulty UK v Bratislave, Špitálska 24, 813 72 Bratislava.*

Dátum:

.....

podpis uchádzača

Rozpis odbornej zdravotníckej praxe realizovanej v rámci zaradenia do špecializačného štúdia (podľa evidencie v indexe odbornosti)

Špecializačný odbor:

Vzdelávacia ustanovizeň:

Dátum zaradenia do špecializačného štúdia:

Dátum vyradenie z evidencie špecializačného štúdia:

Pracovisko, kde bola doterajšia odborná zdravotnícka prax realizovaná a výška úväzku	Dátum		Počet mesiacov
	od	do	