



LEKÁRSKA FAKULTA  
Univerzita Komenského  
v Bratislave

## ŽIADOSŤ o vykonanie odbornej stáže študenta dennej formy doktorandského štúdia na LFUK

Meno a priezvisko, tituly: .....

Dátum narodenia: .....

Trvalé bydlisko: .....

Špecializačný odbor: .....

Zaradenie od: .....

Žiadam o súhlas s vykonaním odbornej stáže na pracovisku

.....  
v dĺžke ..... týždňov, v termíne od ..... do .....

Dátum: .....  
.....  
podpis žiadateľa

<b>Školiteľ:</b>  Dátum:	<b>Vyjadrenie:</b>  Podpis:
<b>Vedúci pracoviska (nadriadený):</b>  Dátum:	<b>Vyjadrenie:</b>  Podpis:
<b>Pracovisko odbornej stáže</b> <b>Vedúci pracoviska:</b>  Dátum:	<b>Vyjadrenie:</b>  Podpis:

Žiadosť prerokovaná dňa: ..... Stanovisko:

## Súhlas so spracúvaním osobných údajov

Týmto dávam Lekárskej fakulte UK v Bratislave súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti, v súlade so zákonom č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Účelom spracúvania osobných údajov je zabezpečenie uvedenej odbornej praxe, v súlade so špecializačným študijným programom v rámci špecializačného štúdia na Lekárskej fakulte UK v Bratislave.

Som si vedomý, že udelený súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

V Bratislave dňa: .....

.....

podpis žiadateľa