



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

ŽIADOSŤ
o vykonanie odbornej stáže zamestnanca LF UK

Meno a priezvisko, tituly:

Dátum a miesto narodenia:

Rodné číslo:

Trvalé bydlisko:

Tel.: E-mail:

Domáce pracovisko:

ŠO/CPČ:

Dátum zaradenia a vzdelávacia ustanovizeň:

Žiadam o súhlas s vykonaním odbornej stáže na pracovisku

.....

v dĺžke týždňov, v termíne od do

Dátum:

podpis žiadateľa

Vedúci domáceho pracoviska (nadriadený):	Vyjadrenie:
Dátum:	Podpis a pečiatka:
Pracovisko odbornej stáže:	Vyjadrenie:
Vedúci pracoviska:	
Dátum:	Podpis a pečiatka:

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

Personálne oddelenie (PO) LF UK/za PO

- potvrdenie správnosti údajov uvedených žiadateľom:

- oprava/doplnenie údajov v nutnom rozsahu:

V Bratislave dňa:

Oddelenie špecializačného štúdia a certifikačnej prípravy LF UK

Žiadosť prerokovaná dňa:

Stanovisko a podpis za LF UK: