**TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE**

**FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE,**

**KATEDRA OŠETROVATEĽSTVA**

**Hornopotočná 23, 918 43 Trnava**

**ŽIADOSŤ O ZARADENIE**

do špecializačného štúdia

Priezvisko: ............................................. Meno: ........................................... Titul: ....................

Rodné priezvisko ................................. Štátna príslušnosť: ........................................................

Dátum narodenia: ................................. Miesto narodenia: .........................................................

Rodné číslo: .................................................................................................................................

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

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

Kontakt: číslo telefónu, mobilu, 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 /certifikačnej prípravy/ prípravy na výkon práce v zdravotníctve (uviesť 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: .........................................................................................................

Podpis a pečiatka navrhovateľa (zamestnávateľ/lekár/sestra/farmaceut samosprávneho kraja):

............................................................................... Dátum: ..........................................................

Zaraďuje TU v Trnave: ................................ Dátum, pečiatka podpis: ......................................

**Prílohy k žiadosti o zaradenie do špecializačného štúdia:**

• overená fotokópia diplomu/vysvedčenia,

• potvrdenie o registrácii v SKSaPA,

• potvrdenie zamestnávateľa o doterajšej odbornej zdravotníckej praxi.

Vyplnenú žiadosť o zaradenie podpísanú zamestnávateľom /v prípade samostatnej licencie odborom VÚC/ posiela uchádzač na adresu v záhlaví tlačiva.

**Poznámky:** V žiadosti je potrebné vyplniť všetky požadované údaje.

V prípade zaradenia do špecializačného štúdia je študent povinný zakúpiť si Záznamník zdravotných výkonov a iných odborných aktivít (tzv. logbook).

**ČESTNÉ PREHLÁSENIE**

Čestne prehlasujem, že ja dolu podpísaný/á ................................................................... narodený/á.................................................. bydliskom................................................................. rodné číslo ................................................... nie som v tejto dobe študentom špecializačného štúdia na inej vzdelávacej ustanovizni a súbežne s mojím štúdiom na TU v Trnave sa neprihlásim na špecializačné štúdium na inej vzdelávacej ustanovizni.

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

 podpis

Týmto dávam súhlas na spracovanie osobných údajov v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.