



ŽIADOSŤ

o prijatie na realizáciu špecializačného štúdia a zmenu špecializačného odboru (pri zmene vzdelávacej ustanovizne a zároveň zmene špecializačného odboru)

Titul, meno, priezvisko:			
Rodné priezvisko:	Rodné číslo:		
Miesto narodenia:	Dátum narodenia:	Št. občianstvo:	
E-mail:	Tel. číslo:		
Adresa trvalého pobytu:	Ulica a číslo:		
	Mesto:	PSČ:	
Kontaktná adresa (cudzinci prechodný pobyt v SR):	Ulica a číslo:		
	Mesto:	PSČ:	
Ukončené vzdelanie:	Štud. odbor:		
Univerzita, fakulta, miesto:			
Dátum ukončenia:	Číslo diplomu:		
Adresa zamestnávateľa:			
Pracovisko/oddelenie:			
Pracovné zaradenie:	V prac. pomere od:		
Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rozsahu úväzku:			
Registrácia v stavovskej organizácii od:		Reg. číslo:	

Žiadam o prijatie na realizáciu špecializačného štúdia a zároveň zmenu špecializačného odboru na:

Zaradená/ý pôvodne v špec. odbore:

Do špecializačného štúdia zaradil/a:

Dátum zaradenia: Č. dokladu (ak bol vydaný):

Priebeh doterajšej odbornej praxe ¹ :	
Pracovisko:	Od - do
Doteraz získané špecializácie:	
	Dátum: Vzdel. ustanovizeň:
	Dátum: Vzdel. ustanovizeň:
	Dátum: Vzdel. ustanovizeň:

¹ Pri nedostatku miesta pripojte prílohu. Realizovaná prax uvádzaná v rozpise musí byť potvrdená v indexe odbornosti.

Doteraz získané certifikáty:		
	Dátum:	Vzdel. ustanoviteľ:
	Dátum:	Vzdel. ustanoviteľ:

Čestne prehlasujem, že všetky údaje v žiadosti sú presné, pravdivé a úplné a som si vedomý/á právnych následkov plynúcich z uvedenia nepravdivých údajov. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť akékoľvek zmeny zamestnávateľa, osobných údajov a iné zmeny týkajúce sa výkonu môjho zdravotníckeho povolania.

Dátum: _____ Podpis zdravotníckeho pracovníka: _____

Prílohy žiadosti:

1. Čestné vyhlásenie; Žiadosť o vydanie dokladov o ďalšom vzdelávaní; Súhlas so spracovaním osobných údajov (nasleduje)
2. Fotokópia dokladu o zápise do registra zdravotníckych pracovníkov komory príslušnej na jeho vedenie
3. Index odbornosti a Záznamník zdravotných výkonov (ak už boli uchádzačovi vydané)
4. Overené fotokópie dokladov o najvyššom dosiahnutom vzdelaní, akademických a vedecko-pedagogických tituloch a získaných špecializáciách/certifikátoch
5. Fotokópia dokladu, na základe ktorého zdravotnícky pracovník vykonáva zdravotnícke povolanie (pracovná zmluva, licencia na výkon samostatnej zdravotníckej praxe alebo povolenie na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia)
6. Kópia dokladu o vyradení z evidencie účastníkov špecializačného štúdia na predchádzajúcej vzdelávacej ustanovizni
7. Zdravotnícky pracovník, ktorý získal odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania v cudzine, predkladá so žiadosťou o zaradenie aj overenú fotokópiu o uznaní dokladov o vzdelaní
8. Zdravotnícky pracovník, ktorý nemá trvalý pobyt v SR, predkladá so žiadosťou o zaradenie aj kópiu povolenia na pobyt na území SR

Vyjadrenie odborného garanta študijného programu na JLF UK:

Odporúčam / neodporúčam prijatie na realizáciu špecializačného štúdia.

Na základe zhodnotenia obsahu a rozsahu absolvovaného špecializačného štúdia v špecializačnom odbore v súlade s § 70 Nariadenia vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v platnom znení **z a p o č í t a v a** zdravotníckemu pracovníkovi do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore nasledujúcu časť špecializačného štúdia:

Pracovisko / oddelenie/ ambulancia	počet mesiacov

Zdravotnícky pracovník je **p o v i n n ý d o k o n č í ť** špecializačné štúdium (rozsah a obsah) v súlade s akreditovaným špecializačným študijným programom podľa študijného plánu pre príslušný špecializačný odbor.

Dátum: _____

Podpis: _____

Vyjadrenie dekana JLF UK:

Súhlasím / Nesúhlasím

Dátum: _____

Podpis: _____

Titul, meno, priezvisko:	
Dátum a miesto narodenia:	
Trvale bytom:	

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Čestne vyhlasujem, že nie som v tomto období zaradený (á) do špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy na inej vzdelávacej ustanovizni a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom študijnom programe ďalšieho vzdelávania (§ 40 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení).

Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli*** vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

- Index odbornosti (špecializačný index) číslo: vydaný inštitúciou:
- Záznamník zdravotných výkonov (logbook) číslo: vydaný inštitúciou:

.....
podpis

V dňa

ŽIADOSŤ O VYDANIE DOKLADOV O ĎALŠOM VZDELÁVANÍ

V zmysle § 76 ods. 2 Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v platnom znení žiadam týmto Jesseniovu lekársku fakultu UK v Martine o vydanie nasledujúcich dokladov o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

- Index odbornosti (špecializačný index)
- Záznamník zdravotných výkonov (logbook)

.....
podpis

V dňa

Potvrdenie o prevzatí dokladov o ďalšom vzdelávaní:

(vyplní sa pri prevzatí dokladov na príslušnom oddelení JLF UK v Martine po zaradení do študijného programu ďalšieho vzdelávania)

Potvrdzujem, že som dňa prevzal/a nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

- Index odbornosti** č.:
- Záznamník zdravotných výkonov** č.:

.....
podpis

* nehodiace sa prečiarknite

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 GDPR), ktorý bude spracúvať Vaše osobné údaje prostredníctvom Jesseniovej lekárskej fakulty UK v Martine.

Z dôvodu zabezpečenia Vášho vzdelávania v rámci študijných programov ďalšieho vzdelávania v súlade s platnou legislatívou, môžu byť Vaše osobné údaje na základe čl. 6 odst. 1 písmn. c) GDPR (plnenie zákonnej povinnosti) poskytnuté Ministerstvu zdravotníctva SR, komorám príslušným na vedenie registra zdravotníckych pracovníkov, Národnému centru zdravotníckych informácií, Sociálnej poisťovni, zdravotným poisťovniam a príslušným zdravotníckym zariadeniam. Na vyžiadanie môžu byť Vaše osobné údaje poskytnuté inej vzdelávacej ustanovizni, ktorá uskutočňuje príslušný akreditovaný študijný program, polícii, súdom a štátnym orgánom SR.

Poskytnutie Vašich osobných údajov je nevyhnutné pre zaradenie do študijného programu ďalšieho vzdelávania (špecializačného štúdia, rezidentského štúdia, certifikačnej prípravy alebo programu sústavného vzdelávania) a tiež pre realizáciu samotného vzdelávania.

Bez poskytnutia údajov uvedených v tejto žiadosti Vás nemožno do študijných programov ďalšieho vzdelávania zaradiť a nemôžete ho ani realizovať v súlade s platnou legislatívou.

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 alebo rezidentského štúdia alebo certifikačnej prípravy alebo vzdelávania v rámci študijného programu sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

V prípade zaradenia do študijného programu ďalšieho vzdelávania budú Vaše osobné údaje uchovávané 50 rokov od ukončenia študijného programu.

Vyhlasujem, že som sa na webovom sídle UK oboznámil (a) s mojimi právami ako dotknutej osoby pri spracúvaní mojich osobných údajov a s kontaktnými údajmi zodpovednej osoby a súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti pre vyššie uvedené účely.

Dátum:

Podpis zdravotníckeho pracovníka:

Týmto dávam UK súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov uvedených v tejto žiadosti za účelom archivácie mojej žiadosti aj v prípade nezaradenia do študijného programu ďalšieho vzdelávania (špecializačného štúdia, rezidentského štúdia, certifikačnej prípravy alebo programu sústavného vzdelávania). Ostatné prílohy tejto žiadosti mi budú vrátené. Moje osobné údaje budú uchovávané po dobu 3 rokov od zamietnutia žiadosti o zaradenie do štúdia. Počas tejto doby môžu byť moje osobné údaje poskytnuté Ministerstvu zdravotníctva SR.

Súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek písomne odvolať prostredníctvom Oddelenia pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine, Malá Hora 4A, 036 01 Martin.

Dátum:

Podpis zdravotníckeho pracovníka: