



Prax zo všeobecného lekárstva

Súhlasím s vykonaním praxe študenta 1a) _____
v zariadení - **ambulancii praktického lekára pre dospelých** (meno a priezvisko lekára,
adresa, telefónne číslo, e-mail)

2a) _____

bez nároku na finančnú odmenu, a to v trvaní 3 dní* v termíne

3a) od _____ do _____

Zároveň týmto udeľujem súhlas Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine, Univerzite Komenského v Bratislave, sídlo Malá Hora 4a, 03601 Martin, IČO 00397865 (ďalej len prevádzkovateľ), so spracúvaním svojich osobných údajov poskytnutých v tomto súhlase v rozsahu telefónne číslo alebo email na účel komunikácie v súvislosti s vecami týkajúcimi sa praxe študenta. Vyhlasujem, že som si vedomý, že poskytnutie uvedených osobných údajov, ako aj udelenie súhlasu s ich spracúvaním je dobrovoľné a súhlas môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania súhlasu na adresu prevádzkovateľa. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia.

V _____, dňa _____

Pečiatka a podpis lekára

Súhlasím s vykonaním praxe študenta 1b) _____

v zariadení - **všeobecnej ambulancii pre deti a dorast** (meno a priezvisko lekára, adresa ambulancie, telefónne číslo, e-mail)

2b) _____

bez nároku na finančnú odmenu, a to v trvaní 2 dní* v termíne

3b) od _____ do _____

Zároveň týmto udeľujem súhlas Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine, Univerzite Komenského v Bratislave, sídlo Malá Hora 4a, 03601 Martin, IČO 00397865 (ďalej len prevádzkovateľ), so spracúvaním svojich osobných údajov poskytnutých v tomto súhlase v rozsahu telefónne číslo alebo email na účel komunikácie v súvislosti s vecami týkajúcimi sa praxe študenta. Vyhlasujem, že som si vedomý, že poskytnutie uvedených osobných údajov, ako aj udelenie súhlasu s ich spracúvaním je dobrovoľné a súhlas môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania súhlasu na adresu prevádzkovateľa. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia.

V _____, dňa _____

Pečiatka a podpis lekára

* V odôvodnenom prípade je možné, aby študent vykonal prax len v jednom zariadení, pričom rozsah praxe v takom prípade musí byť min. 5 dní.

Strana 1/2

Ing. Bc. Lenka Hamplová

+421 43 2633121

lenka.hamplova@uniba.sk

F-016 – Hlavičkový papier



www.jfmed.uniba.sk

IČO: 00397865

IČ DPH: SK2020845332



Zaväzujem sa absolvovať prax zo všeobecného lekárstva vo vyššie uvedenej ambulancii v určenom termíne a čestne prehlasujem, že sa budem počas praxe správať tak, aby nedošlo k narušeniu práce lekára ani k poškodeniu práv pacienta, a že nezneužijem a zachovám mlčanlivosť o všetkých osobných a iných údajoch uvedených v zdravotnej a inej dokumentácii pacientov a ambulancie, ktoré sa v súvislosti s mojou praxou dozviem.

V _____, dňa _____

Podpis študenta

Súhlasíme s absolvovaním praxe zo všeobecného lekárstva vyššie uvedeného študenta 1a) a 1b) vo vyššie uvedených zariadeniach 2a) a 2b) vo vyššie uvedených termínoch 3a) a 3b) bezodplatne a zaväzujeme sa po absolvovaní praxe vystaviť potvrdenie o praxi, za ktoré je možné podľa prílohy č. 1 Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 74/2019 Z.z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v platnom znení v bode 5 odstavce 2 priznať Vám, t.j. lektorovi – školiteľovi, 8 kreditov za deň (1 kredit za hodinu). Zároveň prehlasujeme, že osobné údaje z tohto súhlasu budú použité výhradne na účel komunikácie v súvislosti s vecami týkajúcimi sa praxe študenta.

V _____, dňa _____

Podpis prodekanu