

**SÚHLAS EXTERNÉHO ŠKOLITEĽA
S VEDENÍM UCHÁDZAČA A SO SPRACOVANÍM JEHO OSOBNÝCH
ÚDAJOV PRE ÚČELY OVERENIA JEHO KVALIFIKÁCIE A POTREBY
ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA**

V súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Univerzity Komenského v Bratislave, Farmaceutickej fakulty na účely a v rozsahu potrebnom na overenie mojej kvalifikácie byť externým školiteľom uchádzača (meno a priezvisko uchádzača),

--

ktorý žiada o zaradenie do ďalšieho vzdelávania – špecializačného štúdia v odbore Lekárstvo, a v prípade jeho/jej zaradenia na špecializačné štúdium v odbore Lekárstvo aj počas celého trvania zaradenia.

ÚDAJE EXTERNÉHO ŠKOLITEĽA	
Meno	
Priezvisko	
Rodné priezvisko	
Tituly	
Dátum narodenia	
Špecializácia v odbore Lekárstvo zo dňa	
Názov pracoviska	
Adresa pracoviska	

Podpis	
--------	--

V		Dňa	
---	--	-----	--