

ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO ŠPECIALIZAČNÉHO ŠTÚDIA

Meno, priezvisko, titul(y)	
Rodné priezvisko	
Štátna príslušnosť	
Dátum a miesto narodenia	
Rodné číslo	
*Trvalé bydlisko (mesto, ulica, PSČ)	
*Prechodné bydlisko (mesto, ulica, PSČ)	
Telefonický kontakt (mobil)	
E-mailový kontakt	

*označte kontaktnú adresu

Ukončené vzdelanie	
Študijný odbor	
Univerzita, fakulta, mesto	
Dátum ukončenia	
Číslo diplomu	

Zamestnávateľ	
IČO zamestnávateľa	
Adresa zamestnávateľa (mesto, ulica, PSČ)	
Pracovné zaradenie	
Kontakt na pracovisko	Telefón
	E-mail
V pracovnom pomere od dátumu	
Výška úväzku (nutné vyplniť)	

Žiadam o zaradenie do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore

LEKÁRENSTVO

Doterajšia prax v špecializačnom odbore

	od-do
	od-do
	od-do
	od-do

Doteraz získaná špecializácia

v odbore	dátum	Číslo diplomu:
v odbore	dátum	Číslo diplomu:
v odbore	dátum	Číslo diplomu:

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť vyplnených údajov

Podpis žiadateľa:

Dátum:

Vyplní FaF UK!

Vyjadrenie odborného garanta FaF UK:

.....

Dátum:..... Podpis:.....

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:

.....

Dátum:..... Podpis:.....

Povinné prílohy:

1. Úradne osvedčená kópia vysokoškolského diplomu, v prípade ukončeného rigorózneho konania aj úradne osvedčená kópia diplomu o priznaní akademického titulu po vykonaní rigorózneho skúšky.
2. Úradne osvedčená kópia rodného listu.
3. V prípade zmeny priezviska po sobáší, úradne osvedčená kópia sobášneho listu.
4. Čestné vyhlásenie, na samostatnom hárku papiera, že uchádzač nie je súčasne zaradený do iného špecializačného odboru a ani na inej vzdelávacej ustanovizni. ([FORMULÁR 4](#))
5. V prípade zmeny vzdelávacej ustanovizne – fotokópia potvrdenia o vyradení z pôvodnej ustanovizne.
6. Index odbornosti a Záznamník zdravotných výkonov – len v prípade, ak už boli uchádzačovi vydané inou vzdelávacou ustanovizňou.
7. Žiadosť o vydanie Indexu odbornosti a Záznamníka zdravotných výkonov, pokiaľ neboli doteraz uchádzačovi vydané inou vzdelávacou ustanovizňou. ([FORMULÁR 8](#))
8. Kópia diplomu o špecializácii externého školiteľa (vedúceho pracoviska, alebo ním povereného pracovníka), pod dohľadom ktorého uchádzač vykonáva odbornú lekárenskú prax.
9. Súhlas externého školiteľa s vedením uchádzača a so spracovaním jeho osobných údajov pre účely overenia jeho kvalifikácie a potreby špecializačného štúdia. ([FORMULÁR 10](#))
10. Kópia pracovnej zmluvy bez údajov o výške mzdy.
11. Súhlas so spracovaním osobných údajov, v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. ([FORMULÁR 12](#)).