

Lekárska fakulta

PRIHLÁŠKA

na vzdelávaciu aktivitu

názov vzdelávacej aktivity:

.....

číslo vzdelávacej aktivity: dátum vzdelávacej aktivity:

miesto konania:

meno, priezvisko, titul:

rodné číslo: štátna príslušnosť:

*adresa bydliska /PSČ/:

.....

*adresa pracoviska /PSČ/:

.....

e-mail** :

kontakt /č. telefónu, mobilu/:

zaradený do odboru** : **dňa**:

zdravotnícke povolanie** : lekár zubný lekár farmaceut laboratórny diagnostik liečebný pedagóg

fyzik psychológ verejný zdravotník

získaná špecializácia v odbore:

doterajšia prax v špecializačnom odbore / rozpis: kde, od-do /:

.....

.....

V súlade so zákonom č.122/2013 Z. z. **súhlasím** so spracovaním mojich osobných údajov v informačnom systéme Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave za účelom a v rozsahu potrebnom k spracovaniu osobných údajov.

dátum:

.....

odporúčenie zamestnávateľa
/ pečiatka, podpis /

.....
podpis účastníka

* **poznámka:** označte kontaktnú adresu

** **povinný údaj**