

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Lekárska fakulta

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, ☎ 02/ 59370 100, 111

PRIHLÁŠKA

na skúšku

špecializačný odbor	
	dátum zaradenia *)
certifikovaná pracovná činnosť	
	dátum zaradenia *)

meno, priezvisko, titul

rodné priezvisko

dátum narodenia rodné číslo

miesto narodenia

národnosť štátna príslušnosť

absolvovaná VŠ / názov /

dátum ukončenia VŠ

adresa bydliska / PSČ /

adresa pracoviska / PSČ /

kontakt / číslo telefónu, mobilu, fax, e-mail /

jazykové znalosti

ZÍSKANÁ ŠPECIALIZÁCIA

v odbore dátum číslo dokladu

v odbore dátum číslo dokladu

v odbore dátum číslo dokladu

ZÍSKANÁ CERTIFIKOVANÁ PRACOVNÁ ČINNOSŤ

v odbore dátum číslo dokladu

v odbore dátum číslo dokladu

v odbore dátum číslo dokladu

*) doložte fotokópiu zaradenia do odboru, v ktorom chcete konať skúšku

doterajšia prax v špecializačnom odbore *)

doterajšia prax v certifikovanej pracovnej činnosti *)

doterajšia funkcia v špecializačnom odbore *)

doterajšia funkcia v iných odboroch *)

prihláška vyplnená podľa stavu ku dňu

.....
podpis kandidáta

stručný posudok odborného vedúceho, ktorý overil spôsobilosť v odbore

dátum

.....
podpis, pečiatka

súhlas riaditeľa organizácie

vyjadrenie lekára alebo farmaceuta samosprávneho kraja podľa príslušného špecializačného odboru

dátum

.....
podpis, pečiatka

Vyhodnotenie odbornej zdravotníckej praxe a vyjadrenie vedúceho pedagogického útvaru SZU k splneniu podmienok ku skúške:

Študent splnil – nesplnil **) všetky predpísané výkony vzorového študijného programu.

dátum

.....
podpis, pečiatka

vyjadrenie dekana fakulty:

dátum

.....
podpis

*) V týchto údajoch uveďte čas praxe od-do, prípadne rozsah čiastočného úväzku, miesto a vedúceho pracovníka. Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu. V prílohe uveďte ostatné dôležité skutočnosti (prednáškovú a publikačnú činnosť, pedagogickú činnosť, zoznam operačných výkonov, zoznam vyšetrovacích metód atď.)

**) Nehodiace sa škrtnite

