

# 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

