

Príloha č. 1

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	
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		v úväzku: (nutné vyplniť)
Žiadam o zaradenie do špecializačného štúdia v špecializačnom odbore		
LEKÁRENSTVO		
Doterajšia prax v špecializačnom odbore		
Pracovisko, zaradenie		Trvanie (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 UVLF

Vyjadrenie garanta špecializačného štúdia UVLF:	
Podpis garanta	Dátum

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:

Podpis rektora

Dátum

Prílohy:

- a) Kópia vysokoškolského diplomu, v prípade ukončeného rigorózneho konania aj kópia diplomu o priznaní akademického titulu po vykonaní rigoróznejskúšky, pokiaľ nebol vydaný UVLF v Košiciach.
- b) Úradne osvedčená kópia rodného listu.
- c) V prípade zmeny priezviska po sobáší, úradne osvedčená kópia sobášneho listu.
- d) Čestné vyhlásenie, na samostatnom hárku papiera, že uchádzač nie je súčasne zaradený do iného špecializačného študijného programu a ani na inej vzdelávacej ustanovizni.
- e) V prípade zmeny vzdelávacej ustanovizne – fotokópia potvrdenia o vyradení z pôvodnej ustanovizne.
- f) Index odbornosti a Záznamník zdravotných výkonov – len v prípade, ak už boli uchádzačovi vydané inou vzdelávacou ustanovizňou.
- g) Žiadosť o vydanie Indexu odbornosti a Záznamníka zdravotných výkonov, pokiaľ neboli doteraz uchádzačovi vydané inou vzdelávacou ustanovizňou.
- h) Kópia diplomu o špecializácii externého školiteľa (vedúceho pracoviska, alebo ním povereného pracovníka), pod dohľadom ktorého uchádzač vykonáva odbornú lekárenskú prax.
- i) Súhlas externého školiteľa s vedením uchádzača a so spracovaním jeho osobných údajov pre účely overenia jeho kvalifikácie a potreby špecializačného štúdia.
- j) Kópia pracovnej zmluvy bez údajov o výške mzdy.
- k) 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.

Príloha d)

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Čestne vyhlasujem, že v tomto období nie som zaradený/á do špecializačného štúdia na inej vzdelávacej ustanovizni, a súbežne s mojím štúdiom sa neprihlásim na žiadne ďalšie špecializačné štúdium na inej vzdelávacej ustanovizni.

Meno, priezvisko, titul(y)	
Rodné priezvisko	
Dátum a miesto narodenia	
Trvalé bydlisko (mesto, ulica, PSČ)	
Číslo občianskeho preukazu	
Podpis	Dátum

Príloha g)

ŽIADOSŤ O VYDANIE DOKLADOV

Žiadam o vydanie uvedených dokladov o ďalšom vzdelávaní

Index odbornosti*	
Záznamník zdravotných výkonov*	
* nehodiace sa prečiarknite	
Meno, priezvisko, titul(y)	
Rodné priezvisko	
Dátum a miesto narodenia	
Trvalé bydlisko (mesto, ulica, PSČ)	
Podpis	Dátum

Príloha i)

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 veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach 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.

EXTERNÝ ŠKOLITEĽ	
Meno, priezvisko, titul(y)	
Rodné priezvisko	
Dátum narodenia	
Špecializácia v odbore <i>lekárstvo</i> zo dňa	
Názov pracoviska	
Adresa pracoviska (mesto, ulica, PSČ)	
Podpis	Dátum

Príloha k)

SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV

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 veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach na účely a v rozsahu potrebnom na rozhodovanie o zaradení do ďalšieho vzdelávania – špecializačného štúdia v odbore *lekárstvo* a v prípade zaradenia na špecializačné štúdium v odbore *lekárstvo* aj počas celého trvania zaradenia.

Súčasne udeľujem súhlas so získavaním a overovaním mojich osobných údajov a informácií v informačných systémoch verejnej správy podľa osobitného predpisu v rozsahu a za účelom nevyhnutným na plnenie podmienok realizácie a administrácie špecializačného štúdia.

Meno, priezvisko, titul(y)	
Rodné priezvisko	
Dátum a miesto narodenia	
Trvalé bydlisko (mesto, ulica, PSČ)	
Číslo občianskeho preukazu	
Názov pracoviska	
Adresa pracoviska (mesto, ulica, PSČ)	
Podpis	Dátum