**Tlačivo „Žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia“**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FAKULTA zdravotníctva****Študijné oddelenie**Nám. A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok |

**Ž I A D O S Ť**

**o zaradenie do špecializačného štúdia**

Návrh na zaradenie dáva:

pre:

Priezvisko, meno, titul:

Rodený/á: Štátne občianstvo:

Miesto narodenia: Dátum narodenia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Trvalý pobyt:

Tel./fax: e-mail:

Prechodný pobyt:

Ukončené vzdelanie:

Študijný odbor/ študijný program:

Univerzita, fakulta, miesto:

Dátum ukončenia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Číslo diplomu:

Adresa navrhovateľa1:

Pracovisko/oddelenie: Pracovné zaradenie:

Tel./fax: V pracovnom pomere od:

**Žiadam o zaradenie do špecializačného štúdia špecializačného  študijného programu v špecializačnom odbore: Intenzívna Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých**

Doteraz získaná špecializácia:

Odbor: .......................................... Dátum: ............................... Číslo diplomu: ...................

Odbor: .......................................... Dátum: ............................... Číslo diplomu: ...................

Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Podpis uchádzača: ........................................................................

Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Pečiatka a podpis navrhovateľa1: .................................................

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1*zamestnávateľ*

|  |
| --- |
| ***Vyjadrenie zamestnávateľa:***  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis:  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ***Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:***  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis: |  |
|  |
|  |
|  |

*Prílohy:*

*Overená fotokópia vysokoškolského diplomu alebo overená fotokópia diplomu vyššieho odborného vzdelania alebo overená fotokópia maturitného vysvedčenia*

*Overené fotokópie dokladov o získaných špecializáciách a certifikátoch*

*Čestné vyhlásenie*

*Index odbornosti (ak už bol uchádzačovi vydaný)*

**ABSOLVOVANiE doterajšej ODBORNEJ PRAXE uchádzača**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko:  |
| Špecializačný študijný odbor: |
| Pracovisko / oddelenie | dátum | počet mesiacov |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Dátum: ......................................................................

 navrhovateľ vzdelávania

*V týchto údajoch uveďte dĺžku praxe od - do. Pri nedostatku miesta na tlačive pripojte prílohu. Realizovaná prax uvádzaná v rozpise musí byť potvrdená v Indexe odbornosti.*

**Č e s t n é v y h l á s e n i e**

**Meno a priezvisko:**

**Dátum narodenia:**

**Rodné číslo:**

**Adresa trvalého bydliska:**

 Čestne vyhlasujem, že nie som v tomto období zaradený (á) do špecializačného štúdia na inej vzdelávacej inštitúcii a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom špecializačnom študijnom programe (§ 40 zákona č. 578/2004 Z. z. v platnom znení).

 Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli**[[1]](#footnote-1)\* vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

* **Index odbornosti (špecializačný index)**

číslo .............................. vydaný inštitúciou

* **Záznamník zdravotníckych výkonov (logbook)**

číslo .............................. vydaný inštitúciou

 ................................................................

 podpis

V ................................dňa................................

1. \* nehodiace sa prečiarknuť [↑](#footnote-ref-1)