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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fakulta zdravotníctva  Katedra ošetrovateľstva  Nám. A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok |

**ŽIADOSŤ**

**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 v študijnom programe, špecializačnom odbore:

Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých

Doteraz získaná špecializácia:

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

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

Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Podpis uchádzača: ........................................................................

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1zamestnávateľ, lekár samosprávneho kraja

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vyjadrenie odborného garanta: | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 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.**

**ČESTNÉ VYHLÁSENIE**

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 znení neskorších predpisov).

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)