PRIHLÁŠKA NA ŠTUDIJNÝ PROGRAM SÚSTAVNÉHO VZDELÁVANIA

„TRÉNING KOMUNIKAČNÝCH ZRUČNOSTÍ V PRÁCI ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA“

☐ **Modul 1** ☐ **Modul 2** ☐ **Modul 1 a 2**

Meno, priezvisko a titul:

Dátum a miesto narodenia:

Štátna príslušnosť:

Rodné číslo:

Číslo občianskeho preukazu:

Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania:

Registrovaný v komore:

Registračné číslo v komore

Adresa trvalého bydliska

Ulica, číslo:

PSČ:

Mesto:

Kontakt

Telefón:

Mobil:

Email:

V zmysle zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa nariadenia EÚ č. 2016/679 (ďalej len„GDPR“), čl. 6 ods. 1 písm. a, recitál 43, a iných, súhlasím so spracovaním a používaním mojich osobných údajov na účely absolvovania školenia a vystavenia potvrdenia o absolvovaní programu sústavného vzdelávania s názvom „**Tréning komunikačných zručností v práci zdravotníckeho pracovníka**“. Beriem na vedomie, že údaje môžu spracovávať len oprávnené osoby, ktoré sú povinné dodržiavať ustanovenia v zmysle zákona č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa nariadenia EÚ č. 2016/679 („GDPR“) a že spracované údaje budú archivované po dobu v súlade s platnými právnymi predpismi.

V _____ dňa _____ _____

podpis žiadateľa