KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU

 formujúca myseľ i srdce  ~~.~~

 FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA

Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti

 Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok

 www.ku.sk, tel.: +421 44 43 04 317, fax: +421 44 43 04 316, mobil: +421 918 722 183

**ŽIADOSŤ**

**o zaradenie do špecializačného študijného programu v špecializačnom odbore**

**STAROSTLIVOSŤ O KRITICKY CHORÝCH**

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 špecializačnéhoštudijného programu v špecializačnom odbore:

Starostlivosť o kriticky chorých

Doteraz získaná špecializácia:

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

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

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

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

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

1zamestnávateľ,

|  |
| --- |
| Vyjadrenie odborného garanta:  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis:  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis: |  |
|  |
|  |
|  |

**Prílohy:**

* Overená fotokópia vysokoškolského diplomu UZS a najvyššieho dosiahnutého vzdelania.
* Overené fotokópie dokladov o získaných špecializáciách a certifikátoch.
* Čestné vyhlásenie.
* Index odbornosti (ak už bol uchádzačovi vydaný).
* Potvrdenie o zaplatení poplatku za prijímacie konanie

**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)