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

**Ž I A D O S Ť**

**o zaradenie zdravotníckeho pracovníka do certifikačného 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 navrhovateľa[[1]](#footnote-1):

Pracovisko/oddelenie: Pracovné zaradenie:

Tel./fax: V pracovnom pomere od:

**Žiadam o zaradenie do certifikačného študijného programu v certifikovanej pracovnej činnosti:**

**Funkčné vyšetrovacie metódy**

Doteraz získaná špecializácia:

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

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

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

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

|  |
| --- |
| ***Vyjadrenie zamestnávateľa:***  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podpis:  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ***Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:***  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Pečiatka a 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:  |
| Certifikačný 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 certifikačného štúdia na inej vzdelávacej inštitúcii a v tom istom čase sa budem vzdelávať len v jednom certifikačnom študijnom programe (§ 40 zákona ods. 16 č. 578/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov)

 Zároveň vyhlasujem, že mi **boli - neboli**[[2]](#footnote-2)\* vydané nasledujúce doklady o ďalšom vzdelávaní zdravotníckeho pracovníka:

* **Index odbornosti (certifikačný index)**

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

* **Záznamník zdravotníckych výkonov (logbook)**

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

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

 podpis

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

1. *zamestnávateľ, lekár samosprávneho kraja* [↑](#footnote-ref-1)
2. \* nehodiace sa prečiarknuť [↑](#footnote-ref-2)