

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Limbová ul. č.12, 833 03 Bratislava 37, ☎ 02 / 59370 100, 111

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

PRIHLÁŠKA na vzdelávaciu aktivitu SZU

Názov vzdelávacej aktivity:

Dátum a miesto vzdelávacej aktivity:

Priezvisko, meno, titul:

Rodné meno: Rodné číslo : Štátna príslušnosť:

Adresa bydliska: Mesto: Ulica: PSČ:

Kontakt: telefón..... mobil.....
 e-mail..... fax:.....

Ukončené vzdelanie (uviesť presný názov školy):

Mesto: Študijný odbor: Dátum ukončenia:

Adresa zamestnávateľa: PSČ:

Pracovisko/oddelenie: Pracovné zaradenie:

Kontakt: telefón..... mobil.....
 e-mail..... fax:.....

Získaná špecializácia v odbore: Dátum:

Doterajšia prax /rozpis: kde, od-do/:

Oddelenie: Od – do:

Oddelenie: Od – do:

Oddelenie: Od – do:

Dátum:

Vyjadrenie zamestnávateľa:

.....
pečiatka, podpis zamestnávateľa
(pečiatka, podpis)

.....
Podpis účastníka

Poznámka: označte kontaktnú adresu

Príloha: notárom overená kópia dokladu o vzdelaní