**PREŠKOLENIE ZDRAVOTNÍCKYCH ASISTENTOV**

**v súlade s vyhláškou MZ SR č. 28/2017, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z.z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov**

**Prihláška**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno : | Priezvisko: |
| Dátum narodenia : | Miesto narodenia: |
| Adresa bydliska: | |
| Tel. kontakt : | E – mail: |
| Rok ukončenia vzdelania: | Ukončené vzdelanie - odbor 53 56 M zdravotnícky asistent SZŠ (miesto): |
| Súčasný zamestnávateľ : | |
| Žiadam o preškolenie v súlade s vyhláškou MZ SR č. 28/2017 (odber venóznej krvi z periférneho cievneho systému, odber spúta, podávanie stravy sondou, odsávanie sekrétu z horných dýchacích ciest u osoby s nezaistenými dýchacími cestami, podávanie liekov intramuskulárne) – **áno/nie** | |
| Žiadam o preškolenie v súlade s vyhláškou MZ SR č. 584/2008 Z. z. (odber kapilárnej krvi na glykémiu, podávanie inzulínu podkožne, podávanie nízkomolekulárneho heparínu podkožne) – **áno/nie:** | |

Svojim podpisom vyjadrujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v prihláške na účely vedenia dokumentácie o vzdelávaní, v súlade so zákonom 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dátum : ............................................ ..................................................

podpis uchádzača