**PREŠKOLENIE ZDRAVOTNÍCKYCH ASISTENTOV**

**v súlade s vyhláškou MZ SR č. 28/2017, č. 584/2008 Z. z. ktorými 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/rodený/á\*: | |
| Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | | | | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | |
| Dátum narodenia : | | | | Miesto narodenia: | |
| Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | | | | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | |
| Adresa bydliska: | | | | | |
| Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | | | | | |
| E – mail: | | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | | Tel. kontakt : | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. |
| Ukončené vzdelanie odbor 5356 M zdravotnícky asistent \* | | | | | Rok ukončenia vzdelania: |
| SZŠ (miesto): | | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | | | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. |
| Súčasný zamestnávateľ : | | | Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. | | |
| **Prihlasujem sa na:** *Označte krížikom* ☒ *jednu z možností* | | | | | |
| **1.skupina** | Preškolenie v súlade s vyhláškou MZ SR č. 584/2008 Z. z. (odber kapilárnej krvi na glykémiu, podávanie inzulínu, nízkomolekulárneho heparínu **subkutánne**) **+** Preškolenie v súlade s vyhláškou MZ SR č. 28/2017 (odber i.v. 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**) | | | | |
|  | *Označte krížikom ak potrebujete preškolenie aj zo sc. aj z im. injekci****í (maturita pred rokom 2009)*** | | | | |
| **2.skupina** | Preškolenie v súlade s vyhláškou MZ SR č. 28/2017 (odber i.v. 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**) | | | | |
|  | *Označte krížikom ak potrebujete preškolenie len z im. injekcií* ***(maturita 2009 - 2013)*** | | | | |

Svojim podpisom vyjadrujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v prihláške na účely vedenia dokumentácie o vzdelávaní, v súlade so zákonom č. 18//2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dátum : Kliknite alebo ťuknite sem a zadajte text. ..................................................

podpis uchádzača

*\* Prílohou prihlášky je kópia maturitného vysvedčenia / kópia sobášneho listu / potvrdenie o zmene priezviska - ak nie je zhoda osobných údajov s údajmi na vysvedčení.*