



PRIHLÁŠKA NA DOBROVOĽNÍCKU ČINNOSŤ

v zdravotníckom zariadení
z dôvodu mimoriadnej epidemiologickej situácie

Meno a priezvisko:	
Študijný program:	
Evidenčný ročník:	

Svojim podpisom potvrdzujem dobrovoľné prihlásenie a dávam súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle § 5 písm. a) a v zmysle § 14 zákona č.18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov zdravotníckemu zariadeniu v rozsahu predloženom v mojej prihláške na dobrovoľnícku činnosť počas mimoriadnej epidemiologickej situácie.
Súhlas poskytujem na obdobie trvania dobrovoľníckej činnosti, čo potvrdzujem svojim podpisom.

Dátum _____

_____ podpis študenta

POTVRDENIE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA O DOBROVOĽNÍCKEJ ČINNOSTI

Presný názov: _____

Adresa: _____

Potvrdzujem, že hore menovaný/á bol/a účastníkom dobrovoľníckej činnosti v našom zdravotníckom zariadení v rozsahu uvedenom na strane 2.

Dátum od - do	Činnosť / pozícia / popis práce	Časový rozsah v hodinách	Podpis zodpovedného pracovníka

V

Dňa

.....
pečiatka a podpis povereného pracovníka
zdravotníckeho zariadenia

Originál dokumentu doručte na študijné oddelenie po ukončení dobrovoľníckej činnosti.