UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
Lekárska fakulta

PRIHLÁŠKA NA ZÁVEREČNÚ SKÚŠKU

☐ Špecializačný odbor	
☐ Certifikovaná pracovná činnosť	
Dátum zaradenia do štúdia na UPJŠ LF	
Meno, priezvisko, titul	
Rodená	
Dátum a miesto narodenia	
Adresa trvalého bydliska, PSČ, mesto	
Korešpondenčná adresa, PSČ, mesto	
Telefónny kontakt, e-mail	
Zamestnávateľ / pracovisko	
Školiace pracovisko na UPJŠ LF	
Určený školiteľ (meno)	

Plánovaný termín záverečnej skúšky

Absolvované kurzy *(uveďte názov predpísaného kurzu)* **Termín kurzu:**

Povinný kurz v rámci certifikačného odboru:	
Ďalšie povinné kurzy:	
Kurz právnych predpisov v zdravotníctve	
Kurz nácvik techník komunikácie a špecifické témy	

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
Lekárska fakulta

ROZPIS KLINICKEJ PRAXE (STÁŽE)

Meno a priezvisko účastníka štúdia	

Pracovisko / Oddelenie	Dátum		počet mesiacov
	od	do	

V prípade potreby si môžete uvedenú stranu vytlačiť viac-krát alebo doplniť riadky.

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
Lekárska fakulta

SÚČET ZDRAVOTNÝCH VÝKONOV

Výkony sú zapísané v zdravotnej dokumentácii pacientov.
Zoznam a počty výkonov sú uvedené aj v záznamníku zdravotných výkonov (logbook).

Meno a priezvisko účastníka štúdia	

Zdravotné výkony *(podľa náplne študijného programu)*	**Požadovaný minimálny počet**	**Počet realizovaných výkonov**

V prípade potreby si môžete uvedenú stranu vytlačiť viac-krát alebo doplniť riadky.

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH
Lekárska fakulta

Meno a priezvisko účastníka štúdia	

Čestne prehlasujem, že som uviedol/la presné, pravdivé a úplné údaje. Som si vedomý/á toho, že pokiaľ by mnou uvedené informácie neboli pravdivé alebo závažným spôsobom zamlčané, budem čeliť všetkým z toho vyplývajúcim právnym následkom.

Dátum: .....
podpis účastníka štúdia

VYJADRENIE ŠKOLITEĽA A ODBORNÉHO GARANTA

Vyjadrenie **školiteľa:**

Uchádzač spĺňa / nespĺňa podmienky pre absolvovanie záverečnej skúšky v odbore.
- splnil požadované zdravotné výkony
- absolvoval povinnú odbornú zdravotnícku prax

Dátum: .....
pečiatka a podpis školiteľa

Vyjadrenie **odborného garanta** študijného programu na UPJŠ LF:

Uchádzač spĺňa / nespĺňa podmienky pre absolvovanie záverečnej skúšky v odbore.
- splnil požadované zdravotné výkony
- absolvoval povinnú odbornú zdravotnícku prax

Dátum: .....
pečiatka a podpis odborného garanta