



Oznámenie zdravotníckeho pracovníka o registrácii

Osobné údaje

Titul	Meno	Priezvisko	Titul
Dátum narodenia		Rodné číslo	
Štátne občianstvo			
*Tel. číslo/mobil			
*E-mail			

* Zubný lekár vyplnením nepovinných údajov označených hviezdičkou v oznámení zdravotníckeho pracovníka o registrácii dáva súhlas so spracúvaním osobných údajov v zmysle NARIADENIA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov prevádzkovateľovi Slovenská komora zubných lekárov, Fífikova 14, Bratislava, IČO: 17629646 a to za účelom skvalitnenia komunikácie.

Adresy

Trvalý pobyt

 Korešpondenčná adresa

Ulica		Číslo	
Mesto		PSČ	

Prechodný pobyt

 Korešpondenčná adresa

Ulica		Číslo	
Mesto		PSČ	

Údaj o zdravotníckom povolaní

Zubný lekár

Údaj o zamestnávateľovi

Miesto výkonu zdravotníckeho

 Korešpondenčná adresa

Názov			
Ulica		Číslo	
Mesto		PSČ	

IČO		DIČ	
Tel. číslo /mobil		E-mail	

Vzdelanie

Ukončenie vzdelanie		Rok	
Odborná spôsobilosť			
Špecializovaná prac. činnosť			
Certifikovaná prac. činnosť			
Údaj o ďalšom vzdelávaní			
Údaj o sústavnom vzdelávaní			
Údaj o doterajšej odbornej praxi			

Žiadam SKZL o zápis do registra zubných lekárov a prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé a zaväzujem sa každú zmenu údajov hlásiť do 10 dní SKZL.

V dňa

.....
/vlastnoručný podpis/

Povinné prílohy – /označte tie, ktoré prikleďate/:

- osvedčená kópia údaju o získanej odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
(overený diplom v doktorskom študijnom programe zubné lekárstvo; v prípade ukončenia štúdia v zahraničí aj právoplatné rozhodnutie Ministerstva školstva Slovenskej republiky o uznaní odbornej kvalifikácie žiadateľa na výkon odborných pracovných činností v študijnom odbore zubné lekárstvo a úradne preložený a overený diplom);
- potvrdenie o ďalšom vzdelávaní
(ak je osoba zaradená do ďalšieho vzdelávania, potvrdenie vzdelávacej ustanovizne, na ktorej zdravotnícky pracovník získava odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností alebo odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností s uvedením dátum, odkedy sa zdravotnícky pracovník vzdeláva, názvu a sídla a dĺžky trvania špecializačného štúdia alebo certifikačnej prípravy);
- Osvedčená kópia údaju o doterajšej odbornej praxi
aktuálnu pracovnú zmluvu/potvrdenie od zamestnávateľa
(zdravotnícky pracovník registrovaný v komore po návrate na územie Slovenskej republiky predloží komore doklad o registrácii, praxi a hodnotení sústavného vzdelávania z hosťujúcej krajiny/pracovná knižka/potvrdenie od zamestnávateľa (doklady zo zahraničia musia byť overené a preložené do Slovenského jazyka);
- doklad o zaplatení registračného poplatku vo výške 13,-€;
- fotokópia „povolania na pobyt“
(dokladajú len cudzinci).

Oznámenie zdravotníckeho pracovníka o registrácii spolu s prílohami zaslať na:

Slovenská komora zubných lekárov
Fibichova 14
821 05 Bratislava