



Oznámenie zdravotníckeho pracovníka o registrácii

Osobné údaje

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

* Zubný lekár (ďalej len „dotknutá osoba“) vyplnením nepovinných údajov označených hviezdíčkou dáva súhlas Slovenskej komore zubných lekárov, Fibichova 14, 821 05 Bratislava, IČO 17639646 (ďalej len „Prevádzkovateľ“) so spracovaním osobných údajov podľa § 13 ods. 1 písm. a) zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon č. 18/2018 Z. z.“) v informačnom systéme Evidencia zubných lekárov (zverejnený na: <https://www.skzl.sk/ochrana-osobnych-udajov>) za účelom skvalitnenia komunikácie. Prevádzkovateľ uchováva osobné údaje v rozsahu udeleného súhlasu dotknutej osoby po dobu trvania registrácie. Prevádzkovateľ nevykonáva automatizované rozhodovanie ani profilovanie. Prevádzkovateľ nespriaciva poskytnuté osobné údaje na iný účel ako ten, na ktorý boli získané a neposkytuje ich tretím straniam. Dotknutá osoba má zachované práva vymenované v zákone č. 18/2018 Z. z. (najmä právo na opravu, vymazanie alebo obmedzenie spracúvania osobných údajov a podať návrh na začatie konania na Úrade na ochranu osobných údajov SR). Dotknutá osoba má právo kedykoľvek odvolať súhlas so spracovaním osobných údajov. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať zaslaním oznámenia na e-mailovú adresu register@skzl.sk alebo na adresu sídla Prevádzkovateľa.

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 povolania

 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 prikladáte/:

- 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 hostujúcej 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