



# 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 nesprieva 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 spracovania osobných údajov a pod.) 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 spracovania osobných údajov založenom na súhlase pred jeho odvolaním. Dotknutá osoba môže súhlas odvolať zaslaním oznámenia na e-mailovú adresu [register@skzl.sk](mailto: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 vrátane doložky o právoplatnosti a doložky o autorizácii k listinnému úradnému dokumentu (v prípade elektronického úradného dokumentu je potrebné ten preposlať do elektronickej schránky komory na portáli [www.slovensko.sk](http://www.slovensko.sk)) a diplom úradne preložený do slovenského jazyka a overený v Slovenskej republike. Diplom získaný v Českej republike nie je potrebné prekladať do slovenského jazyka);
- 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