ABC Slovenský inštitút pre výcvik v KBT

ŽIADOSŤ O ZARADENIE DO CERTIFIKAČNEJ PRÍPRAVY V CERTIFIKOVANEJ PRACOVNEJ ČINNOSTI PSYCHOTERAPIA (KBT)

Návrh na zaradenie podáva (zdravotnícke zariadenie, lekár samosprávneho kraja):

.............................................................................................................................................................................................

Pre žiadateľa

Priezvisko: .......................................................... Meno: ......................................... Titul: .................................................

Rodné priezvisko: ................................................ Štátna príslušnosť: ..................................................................

Dátum narodenia: ............................................... Miesto narodenia: ..................................................................................

Rodné číslo (nepovinný údaj): .............................. Registrácia v komore:.............................................................

Bydlisko (trvalé): PSČ: ............ Mesto: ............................................. Ulica: ........................................................................

Korešpondenčná adresa (ak je iná ako trvalé bydlisko):

PSČ: ....................... Mesto: .................................................................. Ulica: ....................................................................

Telefón, mobil: .................................................. e-mail: ...................................................................................................

Ukončené vzdelanie (uviesť presný názov a sídlo školy): ..................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

Študijný odbor: .....................................................................................................................................................................

Dátum ukončenia: ............................................................ Číslo diplomu: .......................................................................

Adresa zamestnávateľa: ........................................................................................................................................................

Pracovisko/oddelenie (klinika, ambulancia): .......................................................................................................................

Pracovné zaradenie: .................................................................... Zdravotnícke povolanie: .................................................

V pracovnom pomere od: ........................................................... V úväzku: ........................................................................

Doteraz získaná špecializácia:

V odbore: ..................................................................... Dátum: ......................... Číslo diplomu: .........................................

**Úvodný pohovor** sa uskutočnil dňa: ........................................................................ **v ABC Slovenskom inštitúte pre výcvik v KBT**

*Prílohy:* ***notársky overené kópie***

1. *Kópia diplomu o získanom VŠ vzdelaní*
2. *Kópia dokladu o registrácii v príslušnej komore*

Svojím podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť vyplnených údajov. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť zmeny zamestnávateľa, zmeny v osobných údajoch, iné zmeny. Súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov, 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“ a tiež „zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a  doplnení niektorých zákonov v rozsahu potrebnom ku spracovaniu osobných údajov pri zaradení do ďalšieho vzdelávania.

Dátum: ......................................... Podpis a pečiatka navrhovateľa: .........................................................................................

Dátum: .......................................... Podpis žiadateľa: .................................................................................................................

Dátum: .......................................... Podpis a pečiatka zaraďovateľa............................................................................................