**MSmedical s.r.o. , Osloboditeľov 667/1A Trenčín 9101, tel. : 0911106115**

**ŽIADOSŤ o zaradenie do certifikačnej prípravy**

**v certifikovanej pracovnej činnosti MOBILIZAČNÉ TECHNIKY**

Titul, meno a priezvisko: ......................................................................................................................

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

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

Rodné číslo: ..................................................

Trvalé bydlisko:

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

Tel. kontakt, email: ..................................................................................................................................

Ukončené najvyššie vzdelanie:..................................................Študijný odbor: ......................................

Presný názov a sídlo školy..........................................................................Rok ukončenia: .....................

Dĺžka praxe:.................................................... Registračné číslo SKF:......................................................

Zamestnávateľ:.........................................................................................................................................

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

Prílohy: Kópia dokladu o najvyššom získanom vzdelaní

 Kópia registrácie v stavovskej organizácii

 Dátum, podpis žiadateľa

 **Súhlas so spracovaním osobných údajov**:

„V súlade so zákonom 428/2002 Z.z. súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov za účelom a v rozsahu potrebnom ku spracovaniu osobných údajov pre zaradenie do ďalšieho vzdelávania“ . Zároveň svojím podpisom potvrdzujem správnosť a pravdivosť vyplnených údajov.

Podpis žiadateľa:

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne: **SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM**

Dátum zaradenia: Podpis: