



## SLOVENSKÁ KOMORA MEDICÍNSKO - TECHNICKÝCH PRACOVNÍKOV

sídlo: Karpatské námestie 7770/10A, 831 06 Bratislava - mestská časť Rača, Slovenská republika

sekretariát: Hasičská 118/2, P.O.BOX 131, 911 01 Trenčín, Slovenská republika

# OZNÁMENIE K REGISTRÁCIÍ ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA

Údaje je potrebné vyplniť čitateľne paličkovým písmom a modrým perom!

*Prosím nevyplňať bod 1. a 2. , vyplní komora !*

1. Registračné číslo : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 2. Dátum registrácie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Vyplniť - povinné údaje pre registráciu!**

3. Titul: ..... 4. Meno: ..... 5. Priezvisko: .....

6. Rodné priezvisko: ..... 7. Titul: .....

8. Rodné číslo: ..... 9. Dátum narodenia: .....

10. Miesto narodenia: .....

11. E-mail: ..... 12. Mobil: .....

13. Trvalý pobyt (ulica, číslo, PSČ, mesto) : .....

14. Kontaktná adresa (ulica, číslo, PSČ, mesto) : .....

15. Št. občianstvo : ..... 16. Zdravotnícke povolanie<sup>1</sup> : .....

17. Úsek práce / konkrétne pracovisko / oddelenie<sup>2</sup> : .....

18. Zamestnávateľ<sup>3</sup> : .....

19. Odborná spôsobilosť<sup>4</sup> : .....

### Zoznam povolání podľa § 62, ods. 6., zákona 578/2004 Z. z.

R – verejný zdravotník  
M – zdravotnícky laborant  
N – farmaceutický laborant  
Nb – technik pre zdravotnícke pomôcky  
O – rádiologický technik  
Q – dentálna hygienička  
S – nutričný terapeut  
T – optometrista  
U – zubný asistent  
V – očný optik  
Y – masér  
Z – praktická sestra - asistent  
Aa – sanitár

1 § 27 zákona 578/2004 o poskytovateľoch zdravotníckej starostlivosti v znení neskorších predpisov (kategórie zdravotníckych pracovníkov)

2 konkrétne pracovisko/oddelenie: napr. biochémia, hematológia, patológia, rádiodiagnostika, rádioterapia, chirurgia, interné oddelenie...

3 názov, ulica, PSČ, mesto

4 miesto a druh školy (SZŠ / VŠ)

**Vyplniť - povinné údaje pre registráciu!**

20. Člen komory SKMTP : **áno** - **nie** (nehodiace sa preškrtnite)

**Žiadam o registráciu do registra zdravotníckych pracovníkov Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov.**

21. **Dátum podpisu** : .....

22. **Podpis** : .....

**(Bez podpisu nebude žiadosť akceptovaná.)**

**Potrebná dokumentácia** (originál alebo overená kópia):

- 1/ doklad o praxi (aktuálny zamestnávateľ - originál),
- 2/ doklad o odbornej spôsobilosti (výučný list, vysvedčenie o maturitnej skúške, diplom) – overená kópia,
- 3/ doklad o ďalšom vzdelávaní (PŠŠ, špecializačné štúdium) – overená kópia,
- 4/ doklad o zaplatení poplatku za registráciu (neoverená kópia),
- 5/ fotokópia občianskeho preukazu z oboch strán (neoverená kópia),
- 6/ cudzinec – doklad o uznaní vzdelania z ministerstva školstva a doklad o vzdelaní, na základe, ktorého bolo rozhodnutie vydané (všetky doklady o vzdelaní musia byť preložené prekladateľom zapísaným v zozname prekladateľov Slovenskej republiky a overené kópie).

**Súhlas s poskytnutím osobných údajov nad rámec povinných údajov:** Dotknutá osoba udeľuje súhlas so spracovaním osobných údajov nad rámec daný zákonom č. 578/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov, a to telefónneho čísla a emailovej adresy. Dôvodom spracovania týchto osobných údajov je doručovanie písomností a komunikácia s dotknutou osobou súvisiaca s vedením registra zdravotníckych pracovníkov a so sústavným vzdelávaním zdravotníckych pracovníkov. Dotknutá osoba je oprávnená kedykoľvek bez udania dôvodu súhlas odvolať a to uvedením stručnej informácie na aktuálnu emailovú adresu Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov ([info@skmtp.sk](mailto:info@skmtp.sk)). Od momentu doručenia odvolania súhlasu prestanú byť osobné údaje - telefónne číslo a emailová adresa -používané a budú z databázy odstránené.