**PREŠKOLENIE ZDRAVOTNÍCKYCH ASISTENTOV**

v súlade s **vyhláškou MZ SR č. 28/2017,** ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z.z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov

**PRIHLÁŠKA**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno: | Priezvisko:  Rodné: |
| Dátum narodenia: | Miesto narodenia: |
| Rok ukončenia vzdelania maturitnou skúškou : | Ukončené vzdelanie zdravotnícky asistent získané v SZŠ (miesto): |
| Tel. kontakt: | E mail: |
| Adresa trvalého bydliska: | |
| Zamestnávateľ:  Pracujem na oddelení:    Pracovná pozícia: | |
| **II.** Preškolenie v súlade s vyhláškou MZ **č.28/2017 Z.z**., § 4b ods. 2 písm.g) a h), ods. 3 písm. d)-f)   * Odber spúta * Odsávanie sekrétu z horných dýchacích ciest u osoby z nezaistených dýchacích ciest * Podávanie liekov i.m. * Odber i.v. krvi na vyšetrenie z periférneho cievneho systému * Podávanie stravy sondou   **Mám záujem o preškolenie II. ÁNO - NIE** (zakrúžkuj) | |
| **I.** Preškolenie v súlade s vyhláškou MZ SR **č. 584/2008 Z.z**.   * Odber kapilárnej krvi na glykémiu * Podávanie inzulínu podkožne * Podávanie nízkomolekulárneho heparínu podkožne   **Mám záujem o preškolenie I. ÁNO - NIE** (zakrúžkuj) | |
| **Poznámka:** Žiadateľ o preškolenie II. musí mať absolvované preškolenie I., ak skončil SZŠ pred rokom 2009. | |

Svojim podpisom vyjadrujem súhlas so spracovaním osobných údajov uvedených v prihláške na účely vedenia dokumentácie o vzdelávaní, v súlade so zákonom 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Dňa ................................. v .......................................... ..........................................

podpis uchádzača

**Vyplnenú prihlášku označenú „PREŠKOLOVANIE“ pošlite na adresu:**

Stredná zdravotnícka škola, M. Hattalu 2149, 026 01 Dolný Kubín

**Všetky údaje v prihláške sú povinné!**