 **ŽIADOSŤ O VYKONANIE DRUHEJ ATESTÁCIE**

|  |
| --- |
| **PEDAGOGICKÁ FAKULTA TRNAVSKEJ UNIVERZITY V TRNAVE** |

V súlade s ustanovením § 59 zákona NR SR č. 138/2019 Z. z. o pedagogických zamestnancoch a odborných zamestnancoch a o zmene a doplnení niektorých zákonov a s vyhláškou MŠ SR č. 361//2019 Z. z. o vzdelávaní v profesijnom rozvoji žiadam o vykonanie druhej atestácie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titul, meno, priezvisko** |  | **Rodné priezvisko** |  |
| **Dátum narodenia** |  | **Miesto narodenia** |  |
| **Rodné číslo** |  | **Číslo OP** |  |
| **Štátna príslušnosť** |  | **Národnosť**  |  |
| **Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo)** |  | **Obec (aj PSČ)** |  |
| **Tel./mobil** |  | **E-mail** |  |
| **Stupeň dosiahnutého vzdelania**  |  | **Študijný odbor/program**  |  |
| **Názov vysokej školy**  |  |
| **Číslo diplomu** |  | **Vystavený dňa** |  |
| **Pracovisko** **(presný názov)** |  | **Adresa (aj PSČ)** |  |
| **Okres** |  | **Kraj** |  |
| **Tel./mobil** |  | **E-mail** |  |
| **Kategória pedagogického/odborného zamestnanca**  |  | **Podkategória pedagogického zamestnanca**  |  |
| **Kariérový stupeň**  |  | **Kariérová pozícia** |  |
| **Počet rokov od zaradenia do kariérového stupňa „pedagogický/odborný zamestnanec s 1.atestáciou“** |  |

Ja, dolu podpísaný žiadateľ týmto vyhlasujem, že v súlade s NARIADENÍM 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 Zákonom č. 18/2018 Z. z. - Zákon o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v zmysle uvedených podmienok súhlasím so spracovaním osobných údajov Pedagogickou fakultou Trnavskej Univerzity v Trnave, v rozsahu údajov uvedených v prihláške na vykonanie atestácie, vrátane jej príloh na účely vedenia dokumentácie k príslušnej atestácie. Tento súhlas platí počas procesu atestácie, ako aj následnej archivácie predložených dokumentov. Zároveň beriem na vedomie, že spracované údaje budú archivované a likvidované v súlade s platnými predpismi.

V ...................................................... dňa ...................................... .................................................

 vlastnoručný podpis žiadateľa

Potvrdenie zamestnávateľa/zriaďovateľa: Svojím podpisom potvrdzujem správnosť uvedených údajov

V ..................................................... dňa ......................................... ................................................................................. odtlačok pečiatky a podpis riaditeľa/ zriaďovateľa