



Inštitút vzdelávania, poradenstva a informatizácie

# PRIHLASOVACÍ FORMULÁR

Názov študijného programu: MASTER OF PUBLIC HEALTH

Meno, priezvisko, titul:

Miesto a dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa trvalého bydliska:

Adresa pre korešpondenciu:

Telefonický kontakt:

E-mail:

Zamestnanie:

Pozícia a prax:

Údaje do faktúry: (ak sú iné  
než osobné údaje uchádzača)

Uchádzač / študent vyhlasuje, že súhlasí so spracúvaním svojich osobných údajov na účely štúdia podľa GDPR, v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679.

V

Dňa

Podpis