

**WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ WARUNKÓW KSZTAŁCENIA
PRZEZ ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA WPISANEGO DO REJESTRU
DO**

.....
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA / NACZELNA IZBA LEKARSKA

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów ORL/NRL
dotyczy organizatora kształcenia wpisanego do rejestru

□□ - □□□□□□□□ - □□□□ - □□□□□

Planowany okres i obszar kraju na którym jest prowadzone kształcenie – wpisane do rejestru

Kształcenie będzie prowadzone w okresie

– data rozpoczęcia pierwszego szkolenia

– data zakończenia ostatniego szkolenia

Obszar kraju:

Przewidywane zmiany dotyczące przedmiotu i zakresu oraz form realizacji planu kształcenia – wpisane do rejestru

Przewidywane zmiany w przedmiocie i zakresie planowanego kształcenia – wybrany zakres wiedzy teoretycznej lub/i umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny oparty na wiarygodnych danych naukowych

Wymienić przewidywaną formę lub formy kształcenia i ich planowaną liczbę (określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów)

Dla jakiej grupy lekarzy / lekarzy dentystów przeznaczona jest dana forma kształcenia i jakie kwalifikacje powinni posiadać uczestnicząc w planowanych formach kształcenia

Sposób potwierdzenia uczestnictwa i ukończenia kształcenia – uwzględniający udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwo i ukończenie przez lekarza lub lekarza dentystę określonej formy kształcenia

Załączono dokumenty uzupełniające ww. informacje

Dane dotyczące osób przewidywanych jako nowa kadra dydaktyczna do realizacji form kształcenia określonych planem (programem) lub do nadzoru nad kształceniem prowadzonym w określonej formie

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

W przypadku większej liczby osób informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wystąpienia.

Wymienić dokumenty, które będą potwierdzały kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowcy określonej formy kształcenia

Inne dane

Jeżeli przewidywane zmiany dotyczą:

- bazy dydaktycznej
- uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych

należy załączyć dokumenty potwierdzające zmianę danych

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis