***SEMMELWEIS EGYETEM ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR***

**JELENTKEZÉSI LAP**

a 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet alapján

csecsemő- és gyermekgyógyászat szakképesítéssel rendelkező szakorvosok részére

**DIABETOLÓGIA**

licenc képzésre

*Benyújtandó: 1 eredeti példányban*

**1. A jelentkező személyes adatai**

Jelentkező neve: ………………………………………………………. Pecsétszáma: ………………….. Állampolgársága:………………………………. Anyja neve: ……………………………………………...

Születési hely, év, hó, nap: ……………..……………….……..………..…………………………………...

Állandó lakcíme:…………………….………….……………………………..………….………………….

Értesítési címe: ………………………………………………………………………………………………

Telefonszáma: ……………………………………e-mail címe: ……………………………………………

Munkahely megnevezése, címe: ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………….

Diploma kiállításának kelte, száma, helye: …………………………………………………………………

Jogszabályban meghatározott bemeneti szakképesítés megnevezése:

……………………………………………… ideje: ……………………………… száma: ………………..

*Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok, és a mellékletként benyújtott dokumentumok a valóságnak megfelelnek.*

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

 …………..………………..................... jelentkező aláírása

**2. Beszámítás kérése**

A licenc képzés megkezdését megelőzően a képzésnek megfelelő szakterületen teljesített gyakorlati időből a licenc képzés teljesítésébe – az egyetem döntésétől függően – legfeljebb a képzési időtartam felének megfelelő időtartamú gyakorlat teljesítése számítható be.

A beszámítani kért gyakorlat teljesítésének helye: ………………………………………………………….

A beszámítani kért gyakorlat ideje: …………………………………………………………………………

Hivatalosan igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A jelentkező a fenti képzőhelyen és időtartamban a képzésnek megfelelő szakterületen teljesített gyakorlatot.

**A képzésbe történő beszámítást javaslom.**

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

 …………..………………..................... képzőhely vezetője

 képzőhelyi Ph

**3. Grémium elnök javaslata**

A licenc képzést megkezdését megelőzően teljesített gyakorlat beszámítását *(megfelelő rész aláhúzandó)*

 ……… hónap időtartamban javaslom nem javaslom

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

 …………..………………..................... grémium elnök aláírása

**4. Képzési terv**

|  |
| --- |
| **24 hónap rendszeres cukorbeteg-ellátó tevékenységgel, ezen belül,**  |
| **15,5 hó gyakorlat gyermek cukorbetegeket gondozó szakellátó helyen** |
| helye: | ideje: |
| helye: | ideje: |
| **6 hónap diabetológiai profilú, szakambulanciát is működtető gyermekgyógyászati fekvőbeteg-osztály** |
| helye: | ideje: |
| helye: | ideje: |
| **4 hét gyakorlat felnőtt diabetes gondozóhelyen (járóbeteg-ellátásban)** |
| helye: | ideje: |
| **2 hét gyakorlat diabeteskrízisállapot-kezelést folytató osztályon** |
| helye: | ideje: |
| **2 hét gyakorlat diabetes nefrológiai ellátást folytató osztályon**  |
| helye: | ideje: |
| **2 hét gyakorlat diabetes terhes-gondozást végző osztályon** |
| helye: | ideje: |
| **1 hét gyakorlat diabeteses szemészeti gondozást végző részlegen** |
| helye: | ideje: |

**5. Vizsgára bocsátás további feltételei**

A képzési idő során továbbképzési pontok megszerzése az alábbi tevékenységek révén:

1. diabetológiai tárgyú, legalább 10 szabadon választható elméleti továbbképzési pont megszerzését biztosító továbbképzésen való részvétel, illetve előadás tartása vagy

2. tudományos tevékenység keretében:

a) diabetológiai témájú PhD,

b) lektorált szaklapban megjelent diabetológiai tárgyú közlemény vagy

c) nemzetközi kongresszuson tartott diabetológiai tárgyú előadás, poszter

6. Nyilatkozat

* 1. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam bejegyzett adatok a valóságnak megfelelnek.
	2. A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. Törvény 3. § (1) pontja alapján beleegyezésemet adom ahhoz, hogy az általam benyújtott, személyes adataimat tartalmazó jelentkezési dokumentumokat a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Dékáni Hivatalának illetékes munkatársai kezeljék, adataimat a jogszabályokban előírt harmadik személynek továbbítsák, vagyis mindazok a személyek megismerjék, akik a licenc képzésben a hivatkozott jogszabályok alapján részt vesznek. Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés időtartama a licenc képzés befejezéséig tart.
	3. Tudomásul veszem, hogy személyes adataim kezelésével kapcsolatban az 1992. évi LXIII. Törvény 11 – 18. §-ai, valamint a Semmelweis Egyetem Adatvédelmi Szabályzata szerinti jogok illetnek meg.

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

 …………………………………………..

 a jelentkező *olvasható* aláírása

Orvosi pecsét lenyomata:

**7. Munkahelyi vezető támogató nyilatkozata**

A fent jelölt licenc képzésre jelentkezését támogatom, felkészülését biztosítom a vonatkozó miniszteri rendelet és utasítások alapján, és javaslom a képzési terv elfogadását.

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

 ……………………………………………..

munkahelyi vezető aláírása

 munkahelyi Ph.

**Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Licenc Grémiumának véleménye:**

1. A fenti licenc képzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
2. A fenti licenc képzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

…………..………………..................... grémium elnök aláírása

**A Semmelweis Egyetem ÁOK döntése**

A fenti licenc képzési tervet az illetékes Grémium javaslatát figyelembe véve:

1. módosítás nélkül jóváhagyom
2. módosításokkal jóváhagyom

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

……………………………………………..

 dékánhelyettes

CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

 Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!

|  |  |
| --- | --- |
| Melléklet megnevezése  |  |
| 1. *Valamennyi jelentkező számára egységesen előírt*
 |
| Az eredeti diploma másolata | 1 másolat |
| Bemeneti szakorvosi bizonyítvány | 1 másolat |
| Munkáltató által kiadott munkaviszony-igazolás | 1 eredeti |
|  |  |
| 1. *Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar*

*állampolgároknak kiegészítésül előírt* (1 + 2) |
| Az eredeti diploma/ bemeneti szakorvosi bizonyítvány másolata | 1 másolat |
| Az eredeti diploma/bemeneti szakorvosi bizonyítvány hiteles magyar nyelvű fordítása | 1 eredeti |
| A diploma/bemeneti szakorvosi bizonyítvány honosítására / elismertetésére vonatkozó határozat másolata | 1 másolat |