Uwagi

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....

Nazwa organizatora kształcenia

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia podyplomowego

Dane dotyczące kształcenia

Przedmiot kształcenia

Informacje o treści kształcenia w dziedzinie medycyny: .....

.....

.....

Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia .....

Czy treści kształcenia zgodne są z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych

Tak ☐ Nie ☐

Termin i miejsce kształcenia

Data rozpoczęcia ..... Data zakończenia .....

Nazwa placówki	
Ulica i nr domu/nr lokalu	Miejscowość

Kierownik naukowy

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

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

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Liczba godzin kształcenia ☐ w tym: wykłady ☐ warsztaty ☐ ćwiczenia ☐

Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenie

Liczba uczestników kształcenia planowana ☐ maksymalna ☐

Planowany tryb kształcenia
☐ stacjonarny ☐ korespondencyjny ☐ zaoczny
☐ dzienny ☐ wieczorowy
☐ jednodniowy ☐ dwudniowy ☐ cykliczny ☐ inny

Sposób informowania o kształceniu
☐ ogłoszenie w prasie lekarskiej ☐ ogłoszenie w miejscu pracy
☐ Internet ☐ zawiadomienie imienne ☐ inne

Czy regulamin kształcenia dopuszcza treści reklamowe/promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia prezentowane przez sponsora

☐ Nie ☐ Tak: ☐ leków ☐ sprzętu medycznego ☐ innych – w jakiej formie:

Sprawdzian wiedzy nabytej – sposób sprawdzenia uczestnictwa w kształceniu i jego zakończenia – podać metodę, rodzaj udokumentowania

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia ☐ zaświadczenie ☐ dyplom ☐ inne

Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych z udziałem pacjenta

☐ Wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej ☐☐-☐☐☐☐☐

☐ Wpis do rejestru praktyk Numer wpisu do rejestru praktyk ☐☐-☐☐-☐-☐☐☐☐☐☐☐

☐ Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej na okres do dnia .....

☐ Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne z udziałem pacjenta – lista stałych wykładowców

Imię i nazwisko	nr prawa wykonywania zawodu	specjalizacja

Wysokość opłaty za udział w kształceniu

Wysokość opłaty za udział w kształceniu ☐ PLN

Całkowity udział finansowy uczestników ☐ PLN

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data ☐ Podpis ☐

Dane dotyczące wpisu organizatora kształcenia do rejestru innej okręgowej izby lekarskiej /Naczelnej Izby Lekarskiej

Data ☐ Nr wpisu ☐

do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej

w ..... / Naczelnej Izby Lekarskiej (właściwej dla organizatora kształcenia)

Załączone dokumenty

☐ Szczegółowy program kształcenia
☐ Regulamin kształcenia
☐ Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowców
☐ Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia
☐ Dokumenty potwierdzające uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
☐ Zaświadczenie o wpisie do rejestru w przypadku, o którym mowa w art. 19c ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

☐ Informacja zgodna z wymogami formalnymi
☐ Informacja niezgodna z wymogami formalnymi
☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek w okręgowej izbie lekarskiej / Naczelnej Izbie Lekarskiej

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej:

☐ Akceptuję złożoną informację o planowanej formie kształcenia podyplomowego i potwierdzam wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentystów przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej w ..... / Naczelnej Izby Lekarskiej nr wpisu ☐

☐ Nie akceptuję złożonej informacji o planowanej formie kształcenia podyplomowego

Uzasadnienie:

Data ☐ Podpis przewodniczącego komisji/dyrektora ☐

Wpisano informację o formie kształcenia .....

do rejestru okręgowej izby lekarskiej pod nr ☐

Data ☐ Podpis pracownika ☐