Benyújtandó: 1 eredeti példányban

(olvashatóan szíveskedjék kitölteni!)

**JELENTKEZÉSI LAP**

**egészségbiztosítás**

**ráépített szakképesítés megszerzésére**

**a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 3. sz. melléklete alapján**

**Bármely alap szakképesítésből szakvizsgával rendelkező szakorvosok részére**

Jelentkező neve: ……………………..……………………………………….…………………………………….

Születési neve: ……………………...……………………………………………….……………………………...

Születési helye, ideje: ………………...………..…...……….., ……… év …………………….. hónap …….. nap

Anyja születési neve: …………………………...…………….…………………………………………………….

Állampolgársága: ……………………………..…………………………….……………………………………...

Állandó lakcíme: ….… ir.sz. ………….…..……… helység …………..…………. u. ….. hsz. ….. em. …… ajtó

Értesítési címe (amennyiben eltér az állandó lakcímtől): …...… ir.sz. ……..…………......….……..…… helység ……..…..………..……. u. ….. hsz. ….. em. …… ajtó

Mobil telefonszáma (melyen munkaidőben elérhető): ………………..…………………………………………...

E-mail címe: …………………………………………………………..……………………………………………

Általános orvosi diploma megszerzésének helye, kelte, száma: ……………..……………………………………

Külföldön szerzett diploma honosításának/elismerésének időpontja, a határozat kelte és száma: ………..………

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

Orvosi bélyegző száma és olvasható lenyomata:

Orvosi diplomájukat nem magyar nyelvű képzés keretében megszerző, illetve a magyar nyelvet nem életvitel szerűen használó külföldiek esetében az államilag elismert (legalább alapfokú) magyar nyelvvizsga bizonyítvány kiállítója és száma: ………………………………………………………………………….………………………

A jelentkező munkáltatójának neve (teljes) és címe: ……………………………………………………………….

…...… ir.sz. ………………......….……..…… helység ……..…………...…………..………..……. u. …….. hsz.

Korábban megszerzett szakorvosi bizonyítvány/ok:

1. megnevezése: …………….…….………………, kelte: ….... év ……...…..… hó ……. nap, száma: ………….

2. megnevezése: ……………….….………………, kelte: ….... év ……...…..… hó ……. nap, száma: ………….

3. megnevezése: …………………..………………, kelte: ….... év ……...…..… hó ……. nap, száma: ………….

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

…………………………………………

jelentkező aláírása

A jelölt ráépített szakképzésre jelentkezését (beszámítással vagy beszámítás nélkül) támogatom, felkészülését biztosítom a mindenkor hatályos jogszabályok alapján és javaslom a mellékelt munkatervének elfogadását.

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

…………………………………………

munkahelyi vezető aláírása

Ph.

**NYILATKOZAT**

**Kérjük, figyelmesen szíveskedjék elolvasni!**

1.) Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jelentkezési lapon általam bejegyzett adatok a valóságnak megfelelnek.

2.) Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról rendelkező 2011. évi CXII. törvény 20. § (1) bekezdése értelmében ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy az általam benyújtott, személyes adataimat tartalmazó szakképzési jelentkezési és személyes adataimat, valamint a személyemre vonatkozó, a szakképzésre (első, újabb első, ráépített képzésre) történő jelentkezés és a képzés teljesítése során keletkezett dokumentumaimat a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának Dékáni Hivatala (a fent hivatkozott törvény 6. § (5) bekezdésének a) pontja alapján) kezelje, adataimat a jogszabályokban előírt harmadik személynek továbbítsa, vagyis mindazok a személyek megismerjék, akik a szakképzésre vonatkozó mindenkor hatályos rendelkezések alapján részt vesznek a képzés megszervezésében.

Tudomással bírok arról, hogy a Semmelweis Egyetem adatvédelmi, valamint a közérdekű adatok megismerésére irányuló igények teljesítésének, továbbá a kötelezően közzéteendő adatok nyilvánosságra hozatalának rendjéről szóló E/3/2017. (IV.28.) számú határozata (továbbiakban SE adatvédelmi szabályzata) alapján az adatkezelés a képzésben résztvevők képzésének megszervezéséhez, a jogainak gyakorlásához, kötelezettségeinek teljesítéséhez, a kapcsolatfenntartáshoz szükséges adatok nyilvántartására terjed ki.

Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés időtartama a szakképzés teljes időtartamára vonatkozik.

3.) Kijelentem, hogy személyes adataim kezelésével kapcsolatban a 2011. évi CXII. törvény 14-19. §-aiban biztosított jogaimat, valamint az e törvény 21-23. §-aiban meghatározott jogorvoslati lehetőségeket ismerem.

Budapest, …..……év…………………………hó…………nap

………………………………….…………..

a jelentkező aláírása

Orvosi bélyegzőjének olvasható lenyomata:

………………………………….…………..

a jelentkező neve nyomtatott nagybetűkkel

**SZAKKÉPZÉSI TERV**

A gyakorlatokat szakképző hellyé minősített (akkreditált) képzőhelyen kell teljesíteni.

Az akkreditált képzőhelyek listája az alábbi linken érhető el: <http://semmelweis.hu/aok/szakorvoskepzes/akkreditacio/>. Mielőtt gyakorlatát megkezdi, kérjük, győződjön meg az érintett (beleértve saját munkáltatóját is) képzőhely akkreditációjáról, mert az időközben változhat! Amennyiben nem akkreditált képzőhelyen töltötte gyakorlatát, szakvizsgára bocsátó határozatát kizárólag pótlást követően áll módunkban kiállítani.

**24 hó szakképzési idő:**

Gyakorlatok:

1. 17 hó akkreditált biztosítási gyakorlatot végző egészségügyi szolgáltatónál

Beszámítást ……… hónapot kérek/nem kérek

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.) 3 hó a Budapest Főváros Kormányhivatala orvosszakértői mellett, irányításuk alatt

Beszámítást ……… hónapot kérek/nem kérek

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.) 2 hó igazságügyi orvostani intézetben Beszámítást ……… hónapot kérek/nem kérek

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.) 1 hó üzleti biztosítónál Beszámítást ……… hónapot kérek/nem kérek

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.) 1 hó Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnél Beszámítást ……… hónapot kérek/nem kérek

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanfolyamok:

1.) 4x50 óra speciális tanfolyam

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

………………………………….…………..

jelentkező aláírása

**Az illetékes Szakmai Grémium véleménye:**

a.) A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.

b.) A fenti szakképzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

a.) A beszámítási kérelmet módosítás nélkül elfogadom.

b.) A beszámítási kérelmet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Budapest, ……….. év ……………………… hó ……… nap

………………………………….…………..

grémium elnök aláírása

A szakképzési tervet a szakmai grémium javaslatát figyelembe véve jóváhagyom.

Budapest, ……….. év ……………………… hó ……… nap

………………………………….…………..

dékánhelyettes

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | *1. sz. melléklet* | |
| **A D A T L A P Az SAP rendszerben új vevő rögzítésének igényléséhez, és a már rögzített vevő adatainak módosításához** | | | | | | |
| **SE - Igénylő szervezeti egység** |  | | | | | |
| **Adatlap beküldésének célja:** *Kérjük a megfelelőt aláhúzni!* | **Új vevő rögzítése** | | **Adatmódosítás** | **Módosítandó vevő vevőkódja:** | | |
| ***Felhívjuk a figyelmet arra, hogy kizárólag a teljes mértékben kitöltött, pontos adatokkal ellátott Adatlapok fogadható el!*** | | | | | | |
| **V E V Ő A D A T A I** | | | | | | |
| **Neve: (***maximum 2x35 karakter!)* |  | | | | | |
| **Igazolvány/Személyi/Útlevél/Jogosít-vány/ Lakcímkártya/ Tartózkodási eng. száma:** *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* |  | | | | | |
| **Ország:** |  | | | **Irányítószám:** |  | |
| **Település megnevezése:** |  | | | **Út, Utca, tér, házszám, emelet, ajtó** |  | |
|
| **Cégjegyzékszám:** |  | | | **AHT azonosító:** |  | |
| **Adószáma, EU-s adószáma:** |  | | | **Csoportos adószáma:** |  | |
| **Bankszámlaszám/ Bank megnevezése:** |  | | | |  | |
| **Számlázás pénzneme:** | **HUF** | | **EUR** | | **USD** | |
| **Kommunikáció nyelve:**  *(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven kerül kiállításra!* | **Magyar** | | | **-** | **Angol** | |
| **Tevékenység jellege** *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | **egészségügyi** | | | **nem egészségügyi** | **egyéb egészségügyi** | |
| **Fizetési határidő** *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | **azonnali (készpénz)** | | **8 nap** | **15 nap** |  | **30 nap** |
| **Vevő kapcsolattartója:** |  | | | | | |
| **Vevő elérhetősége:** | **Tel:** | | | **E-mai:** |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Budapest 20………… |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ph. | |  | |  |
|  |  | aláírás | |  |
| **Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!** | | | | | | |
| **Rögzítés dátuma:** |  | | **Új vevő  vevőkódja:** | | **Rögzítő  aláírása:** | |

1 példányban benyújtandó dokumentumok

|  |
| --- |
| I. Valamennyi jelentkezőnek |
| 1.) szakmaspecifikus jelentkezési lap (munkaterv és nyilatkozat)  2.) orvosdoktori oklevél másolata 3.) bemeneti feltételként meghatározott szakképesítést igazoló szakorvosi-bizonyítvány(ok) másolata 4.) munkáltató által kiadott munkaviszony igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével) 5.) költségtérítés díjának számlázásához szükséges adatlap 6.) 2 db igazolványkép 7.) nem a Semmelweis Egyetem régiójához tartozó képzőhely esetén az ÁEEK akkreditációs határozata 8.) beszámítási kérelem esetén csatolandó  - a gyakorlat teljesítéséről szóló igazolás  - az adott időszakra vonatkozó munkáltatói igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével)  - jelenlegi munkáltató javaslata a beszámítási kérelemhez |
|  |
| II. Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar állampolgároknak  (I. + II.) |
| 1.) Az eredeti diploma/szakorvosi bizonyítvány másolata és hiteles magyar nyelvű fordítása, |
| 2.) A diploma/szakorvosi bizonyítvány honosítására / elismertetésére vonatkozó határozat másolata |
|  |
| III. Magyar állampolgárnak minősülő külföldieknek  (I. + II. + III.) |
| 1.) Alapnyilvántartásba történt felvételt igazoló dokumentum másolata |
| 2.) EU (regisztrációs kártya másolata) |
| 3.) Személyazonosító okirat bemutatása és másolata |
| 4.) Államilag elismert magyar nyelvvizsga-bizonyítvány bemutatása és másolata |
|  |
| IV. Nem magyar állampolgárnak minősülő külföldieknek  (I. + II. + III. + IV.) |
| 1.) Bevándorlási engedély / letelepedési engedély / menekült státusz elismeréséről szóló határozat / hontalan személyi okmány eredeti bemutatása és másolta |
| 2.) Magyar házastárs esetén házassági anyakönyvi kivonat eredeti bemutatása és másolta |