

**SZAKKÉPZŐ HELLYÉ MINŐSÍTETT**  
**MUNKAHELY BEFOGADÓ SZÁNDÉKNYILATKOZATA**  
**FOGORVOSI DIPLOMÁVAL MEGSZEREZHETŐ SZAKKÉPESÍTÉS MEGSZERZÉSÉHEZ**  
**SZÜKSÉGES GYAKORLATOK TELJESÍTÉSÉRE**

Szakképesítés megnevezése: .....

**Szakképző orvosjelölt**

neve: .....

születési hely, év, hó, nap: .....

orvosi nyilvántartási száma: .....

*A szakképzést végző egészségügyi szolgáltató vezetője tölti ki:*

**Egészségügyi szolgáltató (szakképző hely)**

neve: .....

címe: .....

telefonszáma: .....

szakképző helyé minősítés érvényessége: .....

**A gyakorlati képzést közvetlenül irányító és felügyelő felelős szakfogyorvos (tutor)**

neve: .....

orvosi nyilvántartási száma: .....

szakképesítése: .....

szakképesítésének kelte: .....

működési nyilvántartásának érvényessége: .....

A szakfogyorvosjelölt felkészülését a **36 hónapos** képzési időre (*külső szakképző hely esetén: legalább heti 36 óras munkaidejű egészségügyi tevékenység végzésére, munkavégzésre irányuló jogviszonyban történő foglalkoztatásban*), a gyakorlati képzést legalább heti 30 órában közvetlenül irányító szakfogyorvos (tutor) felügyeletével biztosítom. A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak-és Továbbképzési Titkárságával és a szakfogyorvosjelölt részére kijelölt, szakképzést irányító egyetemi oktatóval (konzulens) az együttműködést fenntartom, illetve a jelöltnek biztosítom.

**Ezen nyilatkozat a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar számára nem jelent kötelezettséget**, kizárólag a befogadó egészségügyi szolgáltató fogadósándékát jelzi a szakfogyorvosjelölt képzésére vonatkozóan. Az egészségügyi szolgáltató szándéknnyilatkozatát követően a Kar dékánja dönt a szakfogyorvosjelölt szakképzésbe történő belépésről.

Dátum: .....

P.h.

.....

Egészségügyi szolgáltató  
vezetőjének aláírása