

JELENTKEZÉSI LAP

a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának
szakfogorvos képzésére

*Alulírott.....

*születési helye, ideje:

*jelentkezem a 20.....-én induló szakfogorvos
képzésre.

Jelentkező

*diploma szerzésének helye, ideje:

.....

orvosi nyilvántartási száma:

értesítési címe:

.....

telefonszáma:.....

*e-mail címe:

Választott szakirány:.....

Akkreditált szakképző hely

neve:

.....

címe:

szakképző helyé minősítés érvényessége:

A gyakorlati képzést közvetlenül irányító és felügyelő felelős fogszakorvos (tutor)

neve:

Nyilatkozat:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a szakfogorvos képzésbe történő várható belépésem időpontjában más felsőoktatási intézmény nappali tagozatán:

a) tanulmányokat nem folytatok**

b) tanulmányokat folytatok**, az alábbi intézményben:

szakon:

c) más felsőoktatási intézmény szakorvos képzésében nem veszek részt

Dátum:.....

.....
jelentkező aláírása

*kötelezően kitöltendő

** megfelelő válasz aláhúzendő