

KIRENDELŐ NYILATKOZAT
FOGORVOSI DIPLOMÁVAL MEGSZEREZHETŐ SZAKKÉPESÍTÉS
MEGSZERZÉSÉHEZ SZÜKSÉGES GYAKORLATOK TELJESÍTÉSÉRE

1. Szakfogorvosjelölt

neve:

születési hely, év, hó, nap:

orvosi nyilvántartási száma:

szakirány megnevezése:

szakképzés időtartama: -tól -ig

kirendelés időtartama: -tól -ig

2. Egészségügyi szolgáltató, mint KIRENDELŐ MUNKÁLTATÓ

neve:

címe:

képviselőre jogosult személy neve:

képviselőre jogosult személy beosztása:

Kirendelt szakfogorvosjelölt foglalkoztatására vonatkozó adatok:

szakfogorvosjelölt munkaviszonyának kezdete:

szakfogorvosjelölt tevékenységének megnevezése:

szakfogorvosjelölt munkaviszonyának időtartama (megfelelő aláhúzendő):
határozatlan / határozott-ig

szakfogorvosjelölt tevékenységének heti óraszám:

3. Egészségügyi szolgáltató, mint BEFOGADÓ SZAKKÉPZŐHELY

neve:

címe:

képviselőre jogosult személy neve:

képviselőre jogosult személy beosztása:

szakképzőhelyé minősítés érvényessége:

A szakfogorvosjelölt gyakorlati képzését közvetlenül irányító és felügyelő felelős szakfogorvos (tutor):

neve:

orvosi nyilvántartási száma:

szakképesítése:

szakképesítésének kelte:

működési nyilvántartásának érvényessége:

4. NYILATKOZATOK:

Alulírott szakfogorvosjelölt nyilatkozom, hogy a kirendelés bármely elemének megváltozása esetén a változást azonnali hatállyal írásban jelenteni vagyok köteles a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak-és Továbbképzési Titkárság részére.

Alulírott, mint a kirendelő munkáltató képviselőjére jogosult személy nyilatkozom, hogy nevezett munkáltató, nevezett szakfogorvosjelöltet a fentiekben részletezettek szerint alkalmazza és a szakvizsga megszerzéséhez szükséges szakképzési idő fentiek szerinti időtartamára heti legalább 36 órás munkaidőben a nevezett befogadó szakképzőhelyre **kirendeli**. Munkáltató vállalja, hogy ezen időszak alatt a munkabért és a munkabérhez tartozó járulékokat megfizeti.

Alulírott, mint a befogadó szakképzőhely képviselőjére jogosult személy nyilatkozom, hogy szakfogorvosjelölt felkészülését és a szakvizsga megszerzéséhez szükséges feltételeket a szakképzési idő fentiek szerinti időtartamára, a gyakorlati képzést legalább heti 30 órában közvetlenül irányító szakfogorvos (tutor) felügyeletével biztosítom.

Kelt:, 20.....

P.h.

.....
Kirendelő munkáltató
cégszerű aláírása

Kelt:, 20.....

P.h.

.....
Befogadó szakképzőhely
cégszerű aláírása

Kelt:, 20.....

P.h.

.....
Szakfogorvosjelölt (munkavállaló)
aláírása

2/2