

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 képviselője 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, továbbá a kirendelés teljes időtartamára a befogadó szakképzőhelyként megjelölt egészségügyi szolgáltató vezetője számára átengedi a havi munkaidőbeosztás és szabadság igény engedélyezésével kapcsolatos munkáltatói jog gyakorlását.

Alulírott, mint a befogadó szakképzőhely képviselője 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