

FOGLALKOZÁS-ORVOSTAN

SPECIÁLIS KÉPZÉSI PROGRAM EGYÉNI MUNKATERVE

Szakorvosjelölt neve:

Pecsétszáma:

Szakképzésbe lépés dátuma:

Értesítési címe:

E-mail címe:

Telefonszáma:

Elsődleges képzőhely/munkáltató:

Szakképzésre vonatkozó adatok:

Akkreditáció:

A munkatervben megjelölt gyakorlatok képzési idejének egy részét elsődleges képzőhelyen/munkáltatótól eltérő egészségügyi szolgáltatónál akkor töltheti, ha az elsődleges képzőhely/munkáltató az adott képzési elem teljesítésére nincs akkreditálva. Amennyiben az elsődleges képzőhely/munkáltató akkreditált, a gyakorlat máshol nem tölthető.

Szabadság és betegállomány:

A képzési elemek teljesítése akkor fogadható el, ha a képzési elem teljesítése során igénybe vett szabadság vagy betegszabadság időtartama nem haladja meg

- 1–4 hónap időtartamú képzési elemnél az adott képzési elem egyötöd részét,
- 5–12 hónap időtartamú képzési elemnél az egy hónapot,
- 12 hónap időtartamot meghaladó képzési elemnél arányosan az éves rendes szabadság mértékét.

Az 1 hónapnál rövidebb időtartamú képzési elem csak akkor fogadható el, ha a jelölt azt teljes időtartamában teljesítette. Ha a képzési elem teljesítése során igénybe vett szabadság vagy betegszabadság időtartama a fenti időtartamot meghaladja, az adott képzési elem a szabadság vagy betegszabadság időtartamának megfelelő azon szakterület szerinti gyakorlati idő igazolásával ismerhető el, amelynek elismerésére a szabadság vagy betegszabadság miatt nem került sor, tehát azokat be kell pótolni.

Tanfolyamok:

A munkatervben szereplő kötelező tanfolyamokra a szakorvosjelöltnek egyénileg kell jelentkeznie. A tanfolyamokról az OFTEX portálon, valamint a Szak- és Továbbképzési Központ honlapján tájékozódhat. A tanfolyamról szóló teljesítésigazolást a teljesitesigazolas.szakestovabbkepzes@semmelweis-univ.hu e-mail címre kell eljuttatni.

Ügyelet:

A havi munkaidő keret terhére a szakgyakorlati idő alatt havi 2 kötelezően előírt ügyelet teljesítése szükséges.

24 HÓ SPECIÁLIS KÉPZÉSI PROGRAM EGYÉNI MUNKATERVE

**24 hó foglalkozás-egészségügyi tevékenység
gyakorlati foglalkozás egészségügyi munkahelyen:**

helye: _____

időpontja: _____

helye: _____

időpontja: _____

helye: _____

időpontja: _____

helye: _____

időpontja: _____

Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:

- **Szakvizsga előkészítő tanfolyam:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*

dátum: _____

szakorvosjelölt
Ph.

A jelölt képzési tervével egyetértek, a vonatkozó jogszabályi rendelkezések alapján felkészülését biztosítom.

dátum: _____

munkahelyi vezető
Ph.

A Semmelweis Egyetem Szakmai Grémiumának javaslata

A javaslatot:

a.) módosítás nélkül

b.) módosításokkal jóváhagyom, az alábbiak szerint:

dátum: _____

a grémium elnöke

A Semmelweis Egyetem Szak-és Továbbképzési Központ döntése

A képzési tervet az illetékes Szakmai Grémium elnökének javaslatát figyelembe véve:

- a) módosítás nélkül jóváhagyom
- b) módosításokkal jóváhagyom

dátum: _____

igazgató