

JELENTKEZÉSI LAP

**CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZATI INTENZÍV TERÁPIA
ráépített szakképesítés megszerzésére**

a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 3. sz. melléklete alapján

**Aneszteziológia és intenzív terápia vagy csecsemő- és gyermekgyógyászat szakvizsgával rendelkező
szakorvosok részére**

Jelentkező neve:
Születési neve:
Születési helye, ideje:, év hónap nap
Anyja születési neve:
Állampolgársága:
Állandó lakcíme: ir.sz. helység u. hsz. em. ajtó
Értesítési címe (amennyiben eltér az állandó lakcímtől): ir.sz. helység
..... u. hsz. em. ajtó
Mobil telefonszáma (melyen munkaidőben elérhető):
E-mail címe:

Általános orvosi diploma megszerzésének helye, kelte, száma:
Külföldön szerzett diploma honosításának/elismerésének időpontja, a határozat kelte és száma:
.....
Orvosi bélyegző száma és olvasható lenyomata:

Orvosi diplomájukat nem magyar nyelvű képzés keretében megszerző, illetve a magyar nyelvet nem életvitel szerűen használó külföldiek esetében az államilag elismert (legalább alapfokú) magyar nyelvvizsga bizonyítvány kiállítója és száma:

A jelentkező munkáltatójának neve (teljes) és címe:
..... ir.sz. helység u. hsz.

Korábban megszerzett szakorvosi bizonyítvány/ok:

1. megnevezése:, kelte: év hó nap, száma:
2. megnevezése:, kelte: év hó nap, száma:
3. megnevezése:, kelte: év hó nap, száma:

Kelt,, év hó..... nap

.....
jelentkező aláírása

A jelölt ráépített szakképzésre jelentkezését (beszámítással vagy beszámítás nélkül) támogatom, felkészülését biztosítom a mindenkor hatályos jogszabályok alapján és javaslom a mellékelt munkatervének elfogadását.

Kelt,, év hó..... nap

.....
munkahelyi vezető aláírása
Ph.

NYILATKOZAT – SZEMÉLYES ADAT KEZELÉSÉRŐL

Kérjük, figyelmesen szíveskedjék elolvasni!

1.) **Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatlapon általam bejegyzett adatok a valóságnak megfelelnek.**

2.) Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (továbbiakban: általános adatvédelmi rendelet) továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról rendelkező 2011. évi CXII. törvény (továbbiakban Infotv.) 20. § (1) bekezdése értelmében **ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulásomat adom ahhoz**, hogy a képzésem teljesítése valamint kapcsolattartás érdekében megadott **személyes adataimat**, továbbá az általam benyújtott, valamint a képzés teljesítése során keletkezett személyes adataimat is tartalmazó dokumentumokat **a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának Dékáni Hivatala** (az általános adatvédelmi rendelet vonatkozó szakaszai valamint az Infotv. 6. § (5) bekezdésének a) pontja alapján) **kezelje**, adataimat a jogszabályokban előírt és mindazon képzésben részt vevő harmadik személynek továbbítsa, azaz mindazok megismerhessék, akik a szakképzésre vonatkozó mindenkor hatályos rendelkezések alapján részt vesznek a képzés és a képzés során előírt vizsgák megszervezésében, lebonyolításában.

Tudomással bírok arról, hogy a Semmelweis Egyetem adatvédelmi, valamint a közérdekű adatok megismerésére irányuló igények teljesítésének, továbbá a kötelezően közzéteendő adatok nyilvánosságra hozatalának rendjéről szóló E/1/2018. (V.25.) számú határozata (továbbiakban SE adatvédelmi szabályzata) alapján az adatkezelés a képzésben résztvevők képzésének megszervezéséhez, a jogainak gyakorlásához, kötelezettségeinek teljesítéséhez, a kapcsolatfenntartáshoz szükséges adatok nyilvántartására terjed ki.

Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés a szakképzés teljes időtartamára vonatkozik jogszabály, szakképzési szerződés, szakképzésre vonatkozó megállapodás illetve egyetemi szabályzat eltérő, (hosszabb adatkezelési határidőt meghatározó) rendelkezése hiányában.

3.) Kijelentem, hogy személyes adataim kezelésével kapcsolatban a **Semmelweis Egyetem Általános Adatkezelési Tájékoztatójában**, valamint a **2018. október 10-én kelt, az Általános Orvostudományi Kar szakképzésében résztvevői részére készült adatvédelmi tájékoztatóban** foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Tudomással bírok arról, hogy megilletnek az általános adatvédelmi rendelet III. fejezetében rögzített jogok (különös tekintettel a 16-20. cikkben szabályozott helyesbítéshez, elfeledtetéshez, adatkezelés korlátozásához való jog és adathordozhatósághoz való jog, valamint a 21. cikkben rögzített tiltakozáshoz való jog), valamint az Infotv-ben II/A fejezetében biztosított jogok.

Budapest,év.....hó.....nap

.....
a jelentkező neve nyomtatott nagy betűvel

.....
a jelentkező aláírása

Orvosi bélyegzőjének olvasható lenyomata:

SZAKKÉPZÉSI TERV

A gyakorlatokat szakképző helyé minősített (akkreditált) képzőhelyen kell teljesíteni.

Az akkreditált képzőhelyek listája az alábbi linken érhető el: <http://semmelweis.hu/aok/szakorvoskepzes/akkreditacio/>. Mielőtt gyakorlatát megkezdi, kérjük, győződjön meg az érintett (beleértve saját munkáltatóját is) képzőhely akkreditációjáról, mert az időközben változhat! Amennyiben nem akkreditált képzőhelyen töltötte gyakorlatát, szakvizsgára bocsátó határozatát kizárólag pótlást követően áll módunkban kiállítani.

24 hó szakképzési idő:

Gyakorlatok:

- | | |
|---|---|
| 1.) 6 hó gyermekgyógyászati intenzív osztályon helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 2.) 4 hó neonatalis intenzív centrumban helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 3.) 1 hó gyermek-kardiológiai intenzív osztályos gyakorlat helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 4.) 1 hó gyermek-infektológiai intenzív osztályos gyakorlat helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 5.) 1 hó gyermek égési intenzív gyakorlat helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 6.) 1 hó gyermeksebészeti osztályon helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 7.) 6 hó gyermek-anaesthesiológia helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 8.) 1 hó toxikológiai intenzív osztályon helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 9.) 1 hó neurotraumatológiai intenzív osztályon helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 10.) 1 hó lélegeztetési profilú intenzív osztályon helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |
| 11.) 1 hó kardiológiai profilú intenzív osztályon helye: _____ | Beszámítást hónapot kérek/nem kérek , ideje: _____ |

.....
jelentkező aláírása

Az illetékes Szakmai Grémium véleménye:

- a.) A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
- b.) A fenti szakképzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

- a.) A beszámítási kérelmet módosítás nélkül elfogadom.
- b.) A beszámítási kérelmet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Budapest, év hó nap

.....
grémium elnök aláírása

A szakképzési tervet a szakmai grémium javaslatát figyelembe véve jóváhagyom.

Budapest, év hó nap

.....
dékánhelyettes

A D A T L A P

Az SAP rendszerben új vevő rögzítésének igényléséhez, és a már rögzített vevő adatainak módosításához

| | | | |
|---|-------------------|---------------|-----------------------------|
| SE - Igénylő szervezeti egység | | | |
| Adatlap beküldésének célja: <i>Kérjük a megfelelőt aláhúzni!</i> | Új vevő rögzítése | Adatmódosítás | Módosítandó vevő vevőkódja: |

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy kizárólag a teljes mértékben kitöltött, pontos adatokkal ellátott Adatlapok fogadható el!

| VEVŐ ADATAI | | | | |
|---|---------------------|--------------------------------------|--------------------|--------|
| Neve: <i>(maximum 2x35 karakter!)</i> | | | | |
| Igazolvány/Személyi/Útlevél/Jogosítvány/ Lakcímkártya/ Tartózkodási eng. száma: <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i> | | | | |
| Ország: | | Irányítószám: | | |
| Település megnevezése: | | Út, Utca, tér, házszám, emelet, ajtó | | |
| Cégjegyzékszám: | | AHT azonosító: | | |
| Adószáma, EU-s adószáma: | | Csoportos adószáma: | | |
| Bankszámlaszám/ Bank megnevezése: | | | | |
| Számlázás pénzneme: | HUF | EUR | USD | |
| Kommunikáció nyelve: <i>(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven kerül kiállításra!</i> | Magyar | - | Angol | |
| Tevékenység jellege <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i> | egészségügyi | nem egészségügyi | egyéb egészségügyi | |
| Fizetési határidő <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i> | azonnali (készpénz) | 8 nap | 15 nap | 30 nap |
| Vevő kapcsolattartója: | | | | |
| Vevő elérhetősége: | Tel: | E-mai: | | |

Budapest 20.....

ph.

.....
aláírás

Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!

| | | | |
|------------------|--|--------------------|-------------------|
| Rögzítés dátuma: | | Új vevő vevőkódja: | Rögzítő aláírása: |
|------------------|--|--------------------|-------------------|

1 példányban benyújtandó dokumentumok

I. Valamennyi jelentkezőnek

- 1.) szakmaspecifikus jelentkezési lap (munkaterv és nyilatkozat)
- 2.) orvosdoktori oklevél másolata
- 3.) bemeneti feltételként meghatározott szakképesítést igazoló szakorvosi-bizonyítvány(ok) másolata
- 4.) munkáltató által kiadott munkaviszony igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével)
- 5.) költségtérítés díjának számlázásához szükséges adatlap
- 6.) 2 db igazolványkép
- 7.) nem a Semmelweis Egyetem régiójához tartozó képzőhely esetén az ÁEEK akkreditációs határozata
- 8.) beszámítási kérelem esetén csatolandó
 - a gyakorlat teljesítéséről szóló igazolás
 - az adott időszakra vonatkozó munkáltatói igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével)
 - jelenlegi munkáltató javaslata a beszámítási kérelemhez

II. Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar állampolgároknak

(I. + II.)

- 1.) Az eredeti diploma/szakorvosi bizonyítvány másolata és hiteles magyar nyelvű fordítása,
- 2.) A diploma/szakorvosi bizonyítvány honosítására / elismertetésére vonatkozó határozat másolata

III. Magyar állampolgárnak minősülő külföldieknek

(I. + II. + III.)

- 1.) Alapnyilvántartásba történt felvételt igazoló dokumentum másolata
- 2.) EU (regisztrációs kártya másolata)
- 3.) Személyazonosító okirat bemutatása és másolata
- 4.) Államilag elismert magyar nyelvvizsga-bizonyítvány bemutatása és másolata

IV. Nem magyar állampolgárnak minősülő külföldieknek

(I. + II. + III. + IV.)

- 1.) Bevándorlási engedély / letelepedési engedély / menekült státusz elismeréséről szóló határozat / hontalan személyi okmány eredeti bemutatása és másolata
- 2.) Magyar házastárs esetén házassági anyakönyvi kivonat eredeti bemutatása és másolata