

JELENTKEZÉSI LAP
kölségtérítéses szakfogyorvos képzésre

Alulírott
születési helye, ideje:
jelentkezem a 20 -én induló kölségtérítéses
szakfogyorvos képzésre.

Jelentkező

diploma szerzésének helye, ideje:
meglévő szakvizsga bizonyítvány(ok) megnevezése, száma, kelte:
.....
.....
orvosi nyilvántartási száma:
értésítési címe:
.....
telefonszáma:
e-mail címe:

Választott szakirány: ORÁLIS IMPLANTOLÓGIA

Akkreditált szakképző hely

neve:
.....
címe:
szakképző helyé minősítés érvényessége:

Nyilatkozat:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kölségtérítéses szakképzésbe 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

** megfelelő válasz aláhúzendó*

Dátum:.....

.....
jelentkező aláírása