

**SZAKKÉPZŐ HELLYÉ MINŐSÍTETT**  
**MUNKAHELY BEFOGADÓ SZÁNDÉKNYILATKOZATA**  
**ORÁLIS IMPLANTOLÓGIA SZAKKÉPESÍTÉS MEGSZERZÉSÉHEZ SZÜKSÉGES GYAKORLATOK**  
**TELJESÍTÉSÉRE**

**Szakfogorvosjelölt**

neve: .....

születési hely, év, hó, nap: .....

orvosi nyilvántartási száma: .....

*A szakképzést végző egészségügyi szolgáltató vezetője tölti ki:*

**Egészségügyi szolgáltató (szakképző hely – akkreditált szakirány:..... )**

neve:.....

címe:.....

telefonszáma: .....

szakképző helyé minősítés érvényessége: .....

A szakfogorvosjelölt felkészülését a ..... képzési időre **legalább heti 30 óras** munkaidejű egészségügyi tevékenység végzésére, munkavégzésre irányuló jogviszonyban történő foglalkoztatásban biztosítom.

**Ezen nyilatkozat a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar számára nem jelent kötelezettséget**, kizárólag a befogadó egészségügyi szolgáltató fogadósándékát jelzi a szakfogorvosjelölt képzésére vonatkozóan. Az egészségügyi szolgáltató szándéknnyilatkozatát követően a Kar dékánja dönt a szakfogorvosjelölt szakképzésbe történő belépésről.

Dátum: .....

P.h.

.....

Egészségügyi szolgáltató  
vezetőjének aláírása