

IGAZOLÁS
SZAKKÉPESÍTÉS MEGSZERZÉSÉHEZ SZÜKSÉGES
GYAKORLATI IDŐ TELJESÍTÉSÉRŐL

I. Szakorvosjelölt adatai:

Név:

születési hely, idő:

anyja neve:

orvosi alapnyilvántartás száma:

II. Szakképzésre vonatkozó adatok:

Szakirány:

szakképzés időtartama:
..... - től - ig.,

Szakképzési idő szüneteltetése:

Szüneteltetés időtartama:

Szüneteltetés oka:

Beszámítás jogszabály alapján:

Beszámítás alapjául szolgáló tevékenység:

Tevékenység végzésének helye:

Tevékenység végzésének időtartama:

III. Gyakorlati idő teljesítésére vonatkozó adatok:

Gyakorlati képzés teljesítésének helye:

.....

A gyakorlati képzést közvetlenül irányító és felügyelő felelős fogszakorvos (tutor)

neve:

gyakorlati képzőhelyen teljesített idő:

..... - től - ig.,

heti órában.

Dátum: 20 év hó nap.

.....
gyakorlati képzőhely vezetője
P.H.

.....
munkáltató
P.H.

.....
a szakképzést felügyelő fogszakorvos (tutor)
P.H.

.....
szakorvosjelölt aláírása
P.H.