

**SZAKKÉPZŐ HELLYÉ MINŐSÍTETT  
MUNKAHELY BEFOGADÓ SZÁNDÉKNYILATKOZATA  
FOGORVOSI DIPLOMÁVAL MEGSZEREZHETŐ SZAKKÉPESÍTÉS MEGSZERZÉSÉHEZ  
SZÜKSÉGES GYAKORLATOK TELJESÍTÉSÉRE**

Szakképesítés megnevezése: .....

**Szakképző hely neve**

neve: .....

születési hely, év, hó, nap: .....

orvosi nyilvántartási száma: .....

*A szakképzést végző egészségügyi szolgáltató vezetője tölti ki:*

**Egészségügyi szolgáltató (gyakorlati szakképző hely) adatai:**

neve:.....

címe: .....

telefonszáma: .....

szakképző helyé minősítés érvényessége: .....

**A szakképző helyen történő foglalkoztatásának adatai:**

foglalkoztatás módja:.....

foglalkoztatás időtartama: **határozott / határozatlan** idejű

foglalkoztatás heti óraszám:.....

foglalkoztatás kezdete:.....

foglalkoztatás vége (határozott idő esetén):.....

**A gyakorlati képzést közvetlenül irányító és felügyelő felelős szakfogyorvos (tutor) adatai:**

neve:.....

orvosi nyilvántartási száma:.....

szakképesítése:.....

szakképesítésének kelte: .....

működési nyilvántartásának érvényessége: .....

A szakképző helyen történő foglalkoztatásának adatai alapján a szakképző hely vezetője a **72 hónapos** képzési időre *(külső szakképző hely esetén: legalább heti 18 órás munkaidejű egészségügyi tevékenység végzésére, munkavégzésre irányuló jogviszonyban történő foglalkoztatásban)*, a gyakorlati képzést legalább heti 30 órában közvetlenül irányító szakfogyorvos (tutor) felügyeletével biztosítom. A Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak-és Továbbképzési Titkárságával és a szakképző hely vezetőjével egyetemen kötött megállapodás alapján, szakképzést irányító egyetemi oktatóval (konzulens) az együttműködést fenntartom, illetve a jelöltnek biztosítom.

**Ezen nyilatkozat a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar számára nem jelent kötelezettséget,** kizárólag a befogadó egészségügyi szolgáltató fogadósándékát jelzi a szakképző helyen történő foglalkoztatásról. Az egészségügyi szolgáltató szándéknnyilatkozatát követően a Szakképző Hely Szakképzési Grémiuma dönt a szakképző helyen történő foglalkoztatásról.

Dátum: .....

P.h.

Egészségügyi szolgáltató  
vezetőjének aláírása