*Annex 1 /1.sz. melléklet*

**ATTENDANCE SHEET/JELENLÉTI ÍV**

**for the trainee of Semmelweis University Faculty of Dentistry / Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Szakfogorvos jelöltek**

20….. …………………….….. month (hónap)

Trainee’s name and medical stamp number (jelölt neve és pecsétszáma): …….

Place of Training (képzőhelye):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Day Nap** | **Arrival Érkezés** | **Departure Távozás** | **Title of absence Távollét jogcíme** | **Trainee’s signature Rezidens aláírása** | **Name of place of training** **Gyakorlati hely megnevezése** | **Tutor’s name (in block letters) and medical stamp number** **Tutor neve (nyomtatott betűvel) és pecsétszáma** |
| **1.** |   |   |   |   |   |   |
| **2.** |   |   |   |   |   |   |
| **3.** |   |   |   |   |   |   |
| **4.** |   |   |   |   |   |   |
| **5.** |   |   |   |   |   |   |
| **6.** |   |   |   |   |   |   |
| **7.** |   |   |   |   |   |   |
| **8.** |   |   |   |   |   |   |
| **9.** |   |   |   |   |   |   |
| **10.** |   |   |   |   |   |   |
| **11.** |   |   |   |   |   |   |
| **12.** |   |   |   |   |   |   |
| **13.** |   |   |   |   |   |   |
| **14.** |   |   |   |   |   |   |
| **15.** |   |   |   |   |   |   |
| **16.** |   |   |   |   |   |   |
| **17.** |   |   |   |   |   |   |
| **18.** |   |   |   |   |   |   |
| **19.** |   |   |   |   |   |   |
| **20.** |   |   |   |   |   |   |
| **21.** |   |   |   |   |   |   |
| **22.** |   |   |   |   |   |   |
| **23.** |   |   |   |   |   |   |
| **24.** |   |   |   |   |   |   |
| **25.** |   |   |   |   |   |   |
| **26.** |   |   |   |   |   |   |
| **27.** |   |   |   |   |   |   |
| **28.** |   |   |   |   |   |   |
| **29.** |   |   |   |   |   |   |
| **30.** |   |   |   |   |   |   |
| **31.** |   |   |   |   |   |   |

……………………………… ………………………………. …………………………..

 Signature of trainee/ signature of tutor/ signature of consultant

 szakfogorvosjelölt aláírása tutor aláírása konzulens aláírása

 (visible medical stamp/ (visible medical stamp/ (visible medical stamp/

 olvasható orvosi pecsét) olvasható orvosi pecsét) olvasható orvosi pecsét)

**I certify (Fentieket igazolom):** ……………………………………………..…………………..

 signature of head of the Department/intézményvezető aláírása

(visible institutional stamp/intézményi pecsét)