



## SEMMELWEIS EGYETEM

FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR

Szak-és Továbbképzési Titkárság

### Tárgy: Befogadó szándéknyilatkozat

#### Szakfogorvos jelölt

Neve:

Születési helye, ideje:

Orvosi nyilvántartási száma:

Szakirány megnevezése:

#### Akkreditált szakképzőhely

Intézmény neve:

Intézményvezető:

Címe:

Telefonszáma:

#### Akkreditáció adatai a megjelölt szakirány kapcsán

Kezdeté:

Vége:

#### Tutor

Neve:

Orvosi nyilvántartási száma:

Szakképesítés és a megszerzés dátuma:

Működési nyilvántartásának érvényessége:

#### Foglalkoztatás

Módja:

Időtartama: határozott/határozatlan

Heti óraszám:

Kezdeté:

Vége (határozott időtartam esetén):

A szakfogorvosjelölt felkészülését a 36 hónapos képzési időre, a gyakorlati képzést közvetlenül irányító szakfogorvos (tutor) felügyeletével biztosítom. A Semmelweis Egyetem

Fogorvostudományi Kar Szak-és Továbbképzési Titkárságával és a szakfogorvosjelölt részére kijelölt, 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 szakfogorvosjelölt képzésére vonatkozóan. Az egészségügyi szolgáltató szándéknyilatkozatát követően a Szakfogorvos Szakképzési Grémium dönt a szakfogorvosjelölt szakképzésbe történő belépésről.

Dátum:

Intézményvezető aláírása

(intézményi) P.h.