



**SEMMELWEIS EGYETEM**  
**SZAK-ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT**

Fogorvostudományi Részleg

**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 Szak-és

Továbbképzési Központ Fogorvostudományi Részlegével és a szakfogorvos-jelölt részére kijelölt, szakképzést irányító egyetemi oktatóval (konzulens) az együttműködést fenntartom, illetve a jelöltnek biztosítom a képzéséhez szükséges feltételeket.

Ezen nyilatkozat a Szak-és Továbbképzési Központ Fogorvostudományi Részlegének nem jelent kötelezettséget, kizárólag a befogadó egészségügyi szolgáltató fogadósándékát jelzi a szakfogorvosjelölt képzésére vonatkozóan. Az egészségügyi szolgáltató szándéknyilatkozatát követően a Szak-és Továbbképzési Operatív Bizottság-Fogorvosi Tagozata dönt a szakfogorvosjelölt szakképzésbe történő belépésről.

Dátum:

Intézményvezető aláírása

(intézményi) P.h.