

**JELENTKEZÉSI LAP**

a 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet alapján

Neurológiai, belgyógyászati, anaesthesiológiai és intenzívterápia, geriátriai vagy gyermek-neurológiai szakképesítéssel rendelkező szakorvosok részére

**VASCULARIS NEUROLÓGIA**

licenc képzésre

*Licenc típusa: Interdiszciplináris*

**Benyújtandó:** *1 eredeti példányban*

**1. A jelentkező személyes adatai**

Jelentkező neve: ..... Pecsétszáma: .....

Állampolgársága:..... Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Állandó lakcíme:.....

Értesítési címe: .....

Telefonszáma: .....e-mail címe: .....

Munkahely megnevezése, címe: .....

.....

Diploma kiállításának kelte, száma, helye: .....

Jogszabályban meghatározott bemeneti szakképesítés megnevezése:

..... ideje: ..... száma: .....

*Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok, és a melléleteként benyújtott dokumentumok a valóságnak megfelelnek.*

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
jelentkező aláírása

## 2. Beszámítás kérése

A licenc képzés megkezdését megelőzően a képzésnek megfelelő szakterületen teljesített gyakorlati időből a licenc képzés teljesítésébe – az egyetem döntésétől függően – legfeljebb a képzési időtartam felének megfelelő időtartamú gyakorlat teljesítése számítható be.

A beszámítani kért gyakorlat teljesítésének helye: .....

A beszámítani kért gyakorlat ideje: .....

Hivatalosan igazolom, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A jelentkező a fenti képzőhelyen és időtartamban a képzésnek megfelelő szakterületen teljesített gyakorlatot.

### A képzésbe történő beszámítást javaslom.

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
képzőhely vezetője  
képzőhelyi Ph.

## 3. Grémium elnök javaslata

A licencképzést megkezdését megelőzően teljesített gyakorlat beszámítását *(megfelelő rész aláhúzandó)*

..... hónap időtartamban javaslom

nem javaslom

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
grémium elnök aláírása

## 4. Képzési terv

<b>36 hónap, ebben: 24 hónap a kiképzőhelyen a képzését vezető oktató vezetése, ellenőrzése alatt *</b>	
<b>2 hónap gyakorlat stroke szubintenzív osztályon</b>	
helye:	ideje:
<b>20 vérzés elállításának irányítása</b>	
helye:	ideje:
<b>5 vénás thrombolysis elvégzése</b>	
helye:	ideje:
<b>20 carotis-stenosis értékelése, a műtéti indikáció felállítása</b>	
helye:	ideje:
<b>5 subarachnoidealis vérzés elállításának irányítása</b>	
helye:	ideje:

## 5. A képzés és vizsga szakmai tartalma

**\*A képzésre jelentkező 24 hónapot tölt a kiképzőhelyen a képzését vezető oktató vezetése, ellenőrzése alatt**

- idegtudományi háttérismeretek, a stroke neurobiológiája
- neurológiai alapismeretek
- a stroke tünettana
- a kivizsgálás, a leletek értékelése
- az akut ischaemiás stroke ellátása, thrombolysis-terápia
- a vérzéssel stroke ellátása
- a korai és késői utókezelés
- a stroke beteg gondozása

### A vizsgára bocsátás további feltételei

#### **Határterületi ismeretek**

- határterületi pszichiátriai ismeretek
- neuroradiológiai ismeretek, CT- és MR-képolvasás
- carotis Doppler UH és transcranialis Doppler vizsgálatok
- EKG ismeretek, kardiológiai alapismeretek
- véralvadási alapismeretek

## NYILATKOZAT – SZEMÉLYES ADAT KEZELÉSÉRŐL

*Kérjük, figyelmesen szíveskedjék elolvasni!*

1.) **Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatlapon általam bejegyzett adatok a valóságnak megfelelnek.**

2.) Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (továbbiakban: általános adatvédelmi rendelet) továbbá az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról rendelkező 2011. évi CXII. törvény (továbbiakban Infotv.) 20. § (1) bekezdése értelmében **ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulásomat adom ahhoz**, hogy a képzésem teljesítése valamint kapcsolattartás érdekében megadott **személyes adataimat**, továbbá az általam benyújtott, valamint a képzés teljesítése során keletkezett személyes adataimat is tartalmazó dokumentumokat **a Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Központja** (az általános adatvédelmi rendelet vonatkozó szakaszai valamint az Infotv. 6. § (5) bekezdésének a) pontja alapján) **kezelje**, adataimat a jogszabályokban előírt és mindazon képzésben részt vevő harmadik személynek továbbítsa, azaz mindazok megismerhessék, akik a licencképzésre vonatkozó mindenkor hatályos rendelkezések alapján részt vesznek a képzés és a képzés során előírt vizsgák megszervezésében, lebonyolításában.

Tudomással bírok arról, hogy a Semmelweis Egyetem adatvédelmi, valamint a közérdekű adatok megismerésére irányuló igények teljesítésének, továbbá a kötelezően közzéteendő adatok nyilvánosságra hozatalának rendjéről szóló E/1/2018. (V.25.) számú határozata (továbbiakban SE adatvédelmi szabályzata) alapján az adatkezelés a képzésben résztvevők képzésének megszervezéséhez, a jogainak gyakorlásához, kötelezettségeinek teljesítéséhez, a kapcsolatfenntartáshoz szükséges adatok nyilvántartására terjed ki.

**Tudomásul veszem, hogy az adatkezelés a licencképzés teljes időtartamára vonatkozik, jogszabály, illetve egyetemi szabályzat eltérő, (hosszabb adatkezelési határidőt meghatározó) rendelkezése hiányában.**

3.) Kijelentem, hogy személyes adataim kezelésével kapcsolatban a **Semmelweis Egyetem Általános Adatvédelmi Tájékoztatójában**, valamint a **2018. október 10-én kelt, az Általános Orvostudományi Karon licencképzésében résztvevők részére készült adatkezelési tájékoztatóban** foglaltakat megismertem és tudomásul vettem.

Tudomással bírok arról, hogy megilletnek az általános adatvédelmi rendelet III. fejezetében rögzített jogok (különös tekintettel a 16-20. cikkben szabályozott helyesbítéshez, elfeledtetéshez, adatkezelés korlátozásához való jog és adathordozhatósághoz való jog, valamint a 21. cikkben rögzített tiltakozáshoz való jog), valamint az Infotv-ben II/A fejezetében biztosított jogok.

Budapest, .....év.....hó.....nap

.....  
a jelentkező neve nyomtatott nagy betűvel

.....  
a jelentkező aláírása

Orvosi bélyegzőjének olvasható lenyomata:

## Munkahelyi vezető támogató nyilatkozata

A fent jelölt licenc képzésre történő jelentkezését támogatom, felkészülését biztosítom a vonatkozó miniszteri rendelet és utasítások alapján, és javaslom a képzési terv elfogadását.

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
munkahelyi vezető aláírása  
munkahelyi Ph.

### **Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Központ Licenc Grémiumának véleménye:**

- a.) A fenti licenc képzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
- b.) A fenti licenc képzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
grémium elnök aláírása

## A Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Központ döntése

A fenti licenc képzési tervet az illetékes Grémium javaslatát figyelembe véve:

- a) módosítás nélkül jóváhagyom
- b) módosításokkal jóváhagyom

Kelt: ....., .....év, ..... hó, ..... nap

.....  
igazgató

### CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

**Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!**

Melléklet megnevezése	
<b>1. Valamennyi jelentkező számára egységesen előírt</b>	
Az eredeti diploma másolata	1 másolat
Bemeneti szakorvosi bizonyítvány	1 másolat
Munkáltató által kiadott munkaviszony-igazolás	1 eredeti
<b>2. Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar állampolgároknak kiegészítésül előírt (1 + 2)</b>	
Az eredeti diploma/ bemeneti szakorvosi bizonyítvány másolata	1 másolat
Az eredeti diploma/bemeneti szakorvosi bizonyítvány hiteles magyar nyelvű fordítása	1 eredeti
A diploma/bemeneti szakorvosi bizonyítvány honosítására / elismertetésére vonatkozó határozat másolata	1 másolat