**SEMMELWEIS EGYETEM**

**Szak- és Továbbképzési Központ**

Benyújtandó: 1 eredeti példányban (olvashatóan szíveskedjék kitölteni!)

# JELENTKEZÉSI LAP

 **PSZICHOTERÁPIA ráépített szakképesítés megszerzésére**

# a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 3. sz. melléklete alapján Bármely alap szakképesítésből szakvizsgával rendelkező szakorvosok részére

Jelentkező neve: ……………………..……………………………………….…………………………………….

Születési neve: ……………………...……………………………………………….……………………………... Születési helye, ideje: ………………...………..…...……….., ……… év …………………….. hónap …….. nap Anyja születési neve: …………………………...…………….……………………………………………………. Állampolgársága: ……………………………..…………………………….……………………………………...

Állandó lakcíme: ….… ir.sz. ………….…..……… helység …………..…………. u. ….. hsz. ….. em. …… ajtó

Értesítési címe (amennyiben eltér az állandó lakcímtől): …...… ir.sz. ……..…………......….……..…… helység ……..…..………..……. u. ….. hsz. ….. em. …… ajtó

Mobil telefonszáma (melyen munkaidőben elérhető): ………………..…………………………………………...

E-mail címe: …………………………………………………………..……………………………………………

Általános orvosi diploma megszerzésének helye, kelte, száma: ……………..…………………………………… Külföldön szerzett diploma honosításának/elismerésének időpontja, a határozat kelte és száma: ………..……… ……………………………………………………………………………………………………………..……….

Orvosi bélyegző száma és olvasható lenyomata:

Orvosi diplomájukat nem magyar nyelvű képzés keretében megszerző, illetve a magyar nyelvet nem életvitel szerűen használó külföldiek esetében az államilag elismert (legalább alapfokú) magyar nyelvvizsga bizonyítvány kiállítója és száma: ………………………………………………………………………….………………………

A jelentkező munkáltatójának neve (teljes) és címe: ………………………………………………………………. …...… ir.sz. ………………......….……..…… helység ……..…………...…………..………..……. u. …….. hsz.

Korábban megszerzett szakorvosi bizonyítvány/ok:

1. megnevezése: …………….…….………………, kelte: ….... év ……...…..… hó ……. nap, száma: ………….
2. megnevezése: ……………….….………………, kelte: ….... év ……...…..… hó ……. nap, száma: ………….
3. megnevezése: …………………..………………, kelte: ….... év ……...…..… hó ……. nap, száma: ………….

Kelt, …………………………, …….. év …………….. hó….. nap

 ………………………………………… jelentkező aláírása

A jelölt ráépített szakképzésre jelentkezését (beszámítással vagy beszámítás nélkül) támogatom, felkészülését biztosítom a mindenkor hatályos jogszabályok alapján és javaslom a mellékelt munkatervének elfogadását.

Kelt, …………………………, …….. év …………….. hó….. nap

…………………………………………

munkahelyi vezető aláírása Ph.

**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:

**SZAKKÉPZÉSI TERV**

Mielőtt gyakorlatát megkezdi, kérjük, győződjön meg az érintett (beleértve saját munkáltatóját is) képzőhely akkreditációjáról, mert az időközben változhat! Amennyiben nem akkreditált képzőhelyen töltötte gyakorlatát, szakvizsgára bocsátó határozatát kizárólag pótlást követően áll módunkban kiállítani.

Akkreditált képzőhelyek listája megtalálható a reny.hu portálon

**36 hó szakképzési idő:**

1. **Propedeutikai fázis - 12 hónap klinikai pszichoterápiás képzőhelyen:**

Helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Klinikai I,II fázis - 24 hónap klinikai pszichoterápiás képzőhelyen**

Helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Klinikai pszichoterápiás gyakorlat 24 hónap (21 hónap akkreditált járóbeteg ellátásban heti 2x4 óra, 3 hónap hospitálás akkreditált pszichoterápiás (rezsimü) osztályon – klinikai fázissal párhuzamosan)**

21 hónap gyakorlat helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 hónap hospitálás helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Akkreditált pszichoterápiás munkahelyi adatok (munkaidő 1/3-ban pszichoterápiás tevékenység végzése - 21 hónap)**

Munkáltató megnevezése: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pszichoterápiás munkahellyel nem rendelkező jelentkező** esetében, az **akkreditált gyakorlati képzőhely megnevezése**, ahol a heti 2x4 órában történő pszichoterápiás tevékenységet végzi:

Megnevezés:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. Módszerspecifikus fázis – 24 hónap akkreditált módszerspecifikus képzőhelye(ke)n – a klinikai fázissal párhuzamosan**

Helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Módszer megnevezése:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Önismereti lépzés, saját élmény (min. 150 óra)**

Helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Az illetékes Szakmai Grémium véleménye:**

1. A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
2. A fenti szakképzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

1. A beszámítási kérelmet módosítás nélkül elfogadom.
2. A beszámítási kérelmet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Budapest, ……….. év ……………………… hó ……… nap

………………………………….…………..

 grémium elnök aláírása

A szakképzési tervet a szakmai grémium javaslatát figyelembe véve jóváhagyom.

Budapest, ……….. év ……………………… hó ……… nap

………………………………….…………..

Dr. Nyirády Péter

 igazgató

*1. sz. melléklet*

# A D A T L A P

**Az SAP rendszerben új vevő rögzítésének igényléséhez, és a már rögzített vevő adatainak módosításához**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SE - Igénylő szervezeti egység**  |  |  |   |
| **Adatlap beküldésének célja:** *Kérjük a megfelelőt aláhúzni!*  | **Új vevő rögzítése**  | **Adatmódosítás**  | **Módosítandó vevő vevőkódja:**  |

***Felhívjuk a figyelmet arra, hogy kizárólag a teljes mértékben kitöltött, pontos adatokkal ellátott Adatlapok fogadható el!***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **V E V Ő A D A T A I**  |  |
| **Neve:** **(***maximum 2x35 karakter!)* |   |  |
| **Igazolvány/Személyi/Útlevél/Jogosítvány/ Lakcímkártya/ Tartózkodási eng. száma:** *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* |   |  |
| **Ország:**  |   | **Irányítószám:**  |   |
| **Település megnevezése:**  |  | **Út, Utca, tér, házszám, emelet, ajtó**  |  |
| **Cégjegyzékszám:**  |  | **AHT azonosító:**  |  |
| **Adószáma, EU-s adószáma:**  |   | **Csoportos adószáma:**  |   |
| **Bankszámlaszám/ Bank megnevezése:**  |   |   |
| **Számlázás pénzneme:**  | **HUF**  |  **EUR**  | **USD**  |
| **Kommunikáció nyelve:**  *(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven kerül kiállításra!* | **Magyar**  | **-**  | **Angol**  |
| **Tevékenység jellege** *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | **egészségügyi**  | **nem egészségügyi**  | **egyéb egészségügyi**  |
| **Fizetési határidő** *(kérjük a megfelelőt aláhúzni)* | **azonnali** **(készpénz)**  | **8 nap**  | **15 nap**  |   | **30 nap**  |
| **Vevő kapcsolattartója:**  |   |  |
| **Vevő elérhetősége:**  | **Tel: E-mai:**  |   |

Budapest 20…………

 ph.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |   | aláírás  |   |
|  | **Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!**  |  |  |
| **Rögzítés dátuma:**  |  | **Új vevő vevőkódja:**  |  | **Rögzítő aláírása:**  |

**1 példányban benyújtandó dokumentumok**

|  |
| --- |
| I. Valamennyi jelentkezőnek  |
| 1.) szakmaspecifikus jelentkezési lap (munkaterv és nyilatkozat) 2.) orvosdoktori oklevél másolata 3.) képzőhely által kiadott befogadó nyilatkozat1. bemeneti feltételként meghatározott szakképesítést igazoló szakorvosi-bizonyítvány(ok) másolata

5.)munkáltató által kiadott munkaviszony igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével) 6.)költségtérítés díjának számlázásához szükséges adatlap 7.) 2 db igazolványkép (index, munkanaplóhoz)8.) beszámítási kérelem esetén csatolandó * a gyakorlat teljesítéséről szóló igazolás
* az adott időszakra vonatkozó munkáltatói igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével) - jelenlegi munkáltató javaslata a beszámítási kérelemhez
 |

|  |
| --- |
| II. Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar állampolgároknak  (I. + II.)  |
| 1.) Az eredeti diploma/szakorvosi bizonyítvány másolata és hiteles magyar nyelvű fordítása,  |
| 2.) A diploma/szakorvosi bizonyítvány honosítására / elismertetésére vonatkozó határozat másolata  |

|  |
| --- |
| III. Magyar állampolgárnak minősülő külföldieknek  (I. + II. + III.)  |
| 1.) Alapnyilvántartásba történt felvételt igazoló dokumentum másolata  |
| 2.) EU (regisztrációs kártya másolata)  |
| 3.) Személyazonosító okirat bemutatása és másolata  |
| 4.) Államilag elismert magyar nyelvvizsga-bizonyítvány bemutatása és másolata  |

|  |
| --- |
| IV. Nem magyar állampolgárnak minősülő külföldieknek  (I. + II. + III. + IV.)  |
| 1.) Bevándorlási engedély / letelepedési engedély / menekült státusz elismeréséről szóló határozat / hontalan személyi okmány eredeti bemutatása és másolta  |
| 2.) Magyar házastárs esetén házassági anyakönyvi kivonat eredeti bemutatása és másolta  |