**NYILATKOZAT**

Alulírott:

név: …………………………..

anyja neve: ………………………………

születési hely, idő: ……………………

lakcím: …………………………..

alapnyilvántartási szám: ………………………..

az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 13. § (5) szakaszban foglaltak szerint **nyilatkozom**, hogy a Semmelweis Egyetemen ………………… szakképesítés megszerzésére irányuló képzésemet a szakorvosképzés átalakításához kapcsolódó egyes miniszteri rendeletek módosításáról szóló **28/2022. (VIII. 25.) BM rendelet** **szerint**

**1/ kívánom befejezni**

**2/ nem kívánok szakképzési struktúrát váltani.**

Kelt: ………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………..  Jelölt |

Alulírott:

név: …………………………..

az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 13. § (2) szakaszban foglaltak szerint **nyilatkozom**, hogy a Semmelweis Egyetemen ………………… szakképesítés megszerzésére irányuló képzésemet a megkezdett képzési struktúrában kívánom folytatni.

A rendeletben meghatározottak szerint részvizsgát

**1/ kívánom tenni**

**2/ nem kívánok tenni.**

Kelt: ………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………..  Jelölt |