

SEMMEIWEIS EGYETEM SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT

JELENTKEZÉSI LAP

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

belgyógyászat szakképesítéssel rendelkező szakorvosok részére

DIABETOLÓGIA

licenc képzésre

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 mellékletként 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 licenc képzés megkezdését megelőzően teljesített gyakorlat beszámítását *(megfelelő rész aláhúzendó)*

..... hónap időtartamban javaslom

nem javaslom

Kelt:,év, hó, nap

.....
grémium elnök aláírása

4. Képzési terv

| | |
|--|--------|
| 24 hónap rendszeres cukorbeteg-ellátó tevékenységgel, ezen belül, | |
| 15,5 hó gyakorlat felnőtt cukorbetegeket gondozó szakellátó helyen | |
| helye: | ideje: |
| helye: | ideje: |
| 6 hónap diabetológiai profilú, szakambulanciát is működtető belgyógyászati fekvőbeteg - osztályon | |
| helye: | ideje: |
| helye: | ideje: |
| 4 hét gyakorlat gyermek-diabetes gondozóhelyen (járóbeteg-ellátásban) | |
| helye: | ideje: |
| 2 hét gyakorlat diabeteskrízisállapot-kezelést folytató osztályon | |
| helye: | ideje: |
| 2 hét gyakorlat diabetes nefrológiai ellátást folytató osztályon | |
| helye: | ideje: |
| 2 hét gyakorlat diabetes terhes-gondozást végző osztályon | |
| helye: | ideje: |
| 1 hét gyakorlat diabeteses szemészeti gondozást végző részlegen | |
| helye: | ideje: |

5. Vizsgára bocsátás további feltételei

A képzési idő során továbbképzési pontok megszerzése az alábbi tevékenységek révén:

1. diabetológiai tárgyú, legalább 10 szabadon választható elméleti továbbképzési pont megszerzését biztosító továbbképzésen való részvétel, illetve előadás tartása vagy
2. tudományos tevékenység keretében:
 - a) diabetológiai témájú PhD,
 - b) lektorált szaklapban megjelent diabetológiai tárgyú közlemény vagy
 - c) nemzetközi kongresszuson tartott diabetológiai tárgyú előadás, poszter

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 nagybetűvel

.....
a jelentkező aláírása

Orvosi bélyegzőjének olvasható lenyomata:

Munkahelyi vezető támogató nyilatkozata

A fenti 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

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 | Szak- és Továbbképzési Központ | | |
| Adatlap beküldésének célja: <i>Kérjük a megfelelőt aláhúzni!</i> | <u>Új vevő rögzítése</u> | Adatmódosítás | Módosítandó vevő vevőkódja: |

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

| VEVŐ ADATAI | | | |
|---|---------------------|--------------------------------------|----------------------|
| Neve: <i>(maximum 2x35 karakter!)</i> | | | |
| Igazolvány/Személyi/Útlevel/Jogosítvány/ Lakcímkártya/ Tartozkodási eng. száma: <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i> | | | |
| | Számlázási cím | | |
| Ország: | Magyarország | Irányítószám: | |
| Település megnevezése: | | Út, Utca, tér, házszám, emelet, ajtó | |
| Cégjegyzékszám: | | AHT azonosító: | |
| Adószáma, EU-s adószáma: | | Csoportos adószáma: | |
| Bankszámlaszám/ Bank megnevezése: | | | |
| Számlázás pénzneme: | <u>HUF</u> | EUR | USD |
| Kommunikáció nyelve: <i>(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven nyomtatódik!</i> | <u>Magyar</u> | - | Angol |
| Tevékenysége jellege <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i> | <u>egészségügyi</u> | nem egészségügyi | egyéb egészségügyi |
| Fizetési határidő <i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i> | azonnali(készpénz) | 8 nap | <u>15 nap</u> 30 nap |
| Vevő kapcsolattartója: | | | |
| Vevő elérhetősége: | | | |
| E-mail cím elektronikus számlázáshoz: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | ph. | ----- alírás | |
| | | | |

Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!

| | | | |
|------------------|--|--------------------|-------------------|
| Rögzítés dátuma: | | Új vevő vevőkódja: | Rögzítő aláírása: |
|------------------|--|--------------------|-------------------|

CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!

| Melléklet megnevezése | |
|--|-----------|
| 1. Valamennyi jelentkező számára egységesen előírt | |
| Az eredeti diploma másolata | 1 másolat |
| Bemeneti szakorvosi bizonyítvány | 1 másolat |
| Munkáltató által kiadott munkaviszony-igazolás (munkaidő, munkakör megjelölésével) | 1 eredeti |
| Költségtérítés díjának számlázásához szükséges SAP adatlap * | 1 eredeti |
| *Amennyiben a képzési díjat bármely más gazdálkodó szervezet átvállalja, az adott szervezettől költségátvállalási nyilatkozatot szükséges csatolni | 1 eredeti |
| 2. Külföldön diplomát/szakorvosi bizonyítványt szerzett magyar állampolgároknak kiegészítésül előírt (1 + 2) | |
| 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 |