

**SZAKKÉPZÉSI JELENTKEZÉSI LAP**

**Klinikai laboratóriumi genetika**

Egyetemi vagy mesterképzési szakon megszerzett biológus, laboratóriumi diagnosztikus, molekuláris biológus, okleveles biotechnológus, vegyész, klinikai laboratóriumi kutató szakképzettség és elméleti orvostudományi területen megszerzett PhD fokozattal rendelkezőknek

a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendelet 10 számú melléklete alapján

**SZAKGYAKORLAT KEZDETE:** \_\_\_\_\_

*Szakgyakorlati idő 48 hónap*

**A szakképzésre jelentkező tölti ki!**

**A diploma másolata csatolandó!**

Jelentkező neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Lakcím, irányítószám: \_\_\_\_\_

Ideiglenes lakcím, ir.szám: \_\_\_\_\_

Telefon/e-mail cím: \_\_\_\_\_

Diploma kiállításának kelte, száma, helye: \_\_\_\_\_

Munkahely megnevezése, címe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Munkahelyi beosztása: \_\_\_\_\_

Kelt \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
**jelentkező aláírása**

A fent jelölt szakképzésre jelentkezését támogatom, felkészülését biztosítom a vonatkozó miniszteri rendelet alapján és javaslom a szakképzési terv elfogadását.

Kelt \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

**Ph.**

\_\_\_\_\_  
**munkahelyi vezető aláírása**

**SEMMELWEIS EGYETEM**  
**Szak- és Továbbképzési Központ**

**Szakképzési terv**

**Klinikai laboratóriumi genetika**

(48 hónap szakképzési idő)

**Képzési program:**

**6 hó klinikai genetikai tanácsadás, mely magában foglalja az etikai és jogi ismeretek elsajátítását**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**1 hó általános laboratóriumi diagnosztikai gyakorlat**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**12 hó citogenetikai laboratóriumi gyakorlat, benne:**

**2 hó prenatális kromoszóma vizsgálat**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**4 hó postnatális kromoszóma vizsgálat**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**2 hó FISH**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**4 hó array CGH**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**15 hó genetikai/genomikai betegségek molekuláris genetikai  
diagnosztikája, benne:**

**5 hó Sanger szekvenálás**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**2 hó MLPA**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**8 hó NGS technikák**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**3 hó komplex betegségek diagnosztikája**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**1 hó farmakogenetika, mutáció specifikus terápia**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**4 hó bioinformatika, genetikai adatbázisok az interneten és nemzetközi hálózatok,  
regiszterek**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

**6 hó tumorgenetika, öröklött tumorhajlam genetikai diagnosztikája**

helye: \_\_\_\_\_

ideje: \_\_\_\_\_

## 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

Nyilvántartási szám:

**A Semmelweis Egyetem Szakmai Grémiumának véleménye:**

**a./ A fenti képzési tervet fogadom el.**

**Elfogadom.**

**Nem**

**b./ A fenti foglalkozási tervet az alábbi kiegészítésekkel fogadom el:**

---

---

---

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**grémiumelnök**

**A fentieket jóváhagyom.**

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Dr. Masszi Tamás**  
**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!*

**V E V Ő A D A T A I**

Neve: <i>(maximum 2x35 karakter!)</i>			
Igazolvány/Személyi/Útleve/ 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
Tevékenységének 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	15 nap 30 nap
Vevő kapcsolattartója:			
Vevő elérhetősége:			
E-mail cím elektronikus számlázáshoz:			

ph.

alíráás

**Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!**

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

## CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

**Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!**

Melléklet megnevezése	
Jelentkezési lap, képzési terv	1 eredeti
Bemeneti feltétel szerinti diploma másolata	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