

**JELENTKEZÉSI LAP**

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

neurológia szakképesítéssel rendelkező szakorvosok részére

**NEURO-OPHTALMOLÓGIA**

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 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

|   |        |
|---|--------|
| <b>12 hónap gyakorlat, ezen belül:</b>              |        |
| <b>11 hó neuro-ophtalmológiai gyakorlat</b>         |        |
| helye:  | ideje: |
| <b>1 hónap gyakorlat szemészeti szakambulancián</b> |        |
| helye:  | ideje: |

#### A képzés és a vizsga szakmai tartalma:

- Anatómiai és fiziológiai alapismeretek,
- látópálya-betegségek,
- a szemmozgás zavarok patológiája,
- szisztémás neurológiai és szemészeti kórképek neuro-ophtalmológiai vonatkozása,
- az intracranialis nyomásfokozódás okai,
- fejfájás és arcra lokalizálódó fájdalmak,
- neuro-ophtalmológiai tüneteket okozó szembetegségek

#### 5. Vizsgára bocsátás további feltételei

- 4 alkalom, szervezett vizsgakonzultáción való részvétel

## 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

## 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:<br><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:<br><i>(maximum 2x35 karakter!)</i>   |                     |                                      |                      |
| Igazolvány/Személyi/Útleveél/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:<br><i>(számla nyelve) Angol nyelv megadása esetén a számla két nyelven nyomtatódik!</i>           | <u>Magyar</u>       | -                                    | Angol                |
| Tevékenysége jellege<br><i>(kérjük a megfelelőt aláhúzni)</i>  | <u>egészségügyi</u> | nem egészségügyi                     | egyéb egészségügyi   |
| Fizetési határidő<br><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.                                  | .....<br>aláírás     |

**Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!**

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

## 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 (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 |
| <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 |