

SZAKKÉPZÉSI JELENTKEZÉSI LAP
PSZICHOTERÁPIA

Klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, klinikai és mentálhigiéniai gyermek és ifjúsági szakpszichológus szakvizsgával rendelkezőknek

a 22/2012. (IX.14) EMMI rendelet 9. sz. melléklete alapján, szakgyakorlati idő 24 hónap

SZAKGYAKORLAT KEZDETE: _____

A diploma és a szakvizsga bizonyítvány(ok), másolata csatolandó!

Jelentkező neve: _____

Születési hely, év, hó, nap: _____

Anyja neve: _____

Állampolgársága: _____

Lakcím, irányítószám: _____

Ideiglenes/tartózkodási lakcím, ir.szám: _____

Telefonszám, E-mail cím: : _____

Diploma kiállításának kelte, száma, helye: _____

Nyilvántartási szám: _____

Munkahely megnevezése, címe: _____

Munkahelyi beosztása: _____

Meglévő szakképesítés/ek megnevezése:

1.) _____

ideje: _____

bizonyítvány száma: _____

2.) _____

ideje: _____

bizonyítvány száma: _____

Kelt: _____

jelentkező aláírása

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

Kelt: _____

munkahelyi vezető aláírása
P.H.

SZAKKÉPZÉSI TERV – 24 hónap

I. 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 (rezsimű) 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 munkahelyen nem rendelkező jelentkező esetében, az akkreditált gyakorlati képzőhely megnevezése, ahol a heti 2x4 órában történő pszichoterápiás tevékenységet végzi:

Megnevezés:

Tutor: _____

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

Helye: _____ Ideje: _____

Módszer megnevezése: _____

Önismereti képzés, saját élmény (min. 150 óra)

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 közvéltendő 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

Nyilvántartási szám:

Az illetékes Szakmai Grémium véleménye:

- a.) A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
- b.) A fenti szakképzési tervet 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. 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!

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	15 nap 30 nap
Vevő kapcsolattartója:			
Vevő elérhetősége:			
E-mail cím elektronikus számlázáshoz:			

ph.

alírá

Pénzügyi Igazgatóság tölti ki!

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

1 példányban benyújtandó dokumentumok

I. Valamennyi jelentkezőnek

- 1.) Jelentkezési lap (munkaterv és nyilatkozat)
- 2.) Képzőhely által kiadott befogadó nyilatkozat
- 3.) Bemeneti feltételként meghatározott szakképesítést igazoló dokumentum
- 4.) Munkáltató által kiadott munkaviszony igazolás (munkaidő és munkakör megjelölésével)
- 5.) Költségtérítés díjának számlázásához szükséges SAP adatlap (1.sz.melléklet)
- 6.) 2 db igazolványkép (index, munkanaplóhoz)