***SEMMELWIES EGYETEM SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT***

**KÉRELEM**

a 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet 13. § (2) bekezdésében foglaltak szerinti tanúsítvány kiállításához

**Klinikai andrológia**

licencből

**Felmentésemet** *(megfelelő választ X-el jelölni)*

a licenc tartalmával megegyező kompetenciabővítő továbbképzés elvégzése alapján kérem.

az adott szakterületen legalább a licenc képzés jogszabályban meghatározott időtartam háromszoros idejének megfelelő gyakorlattal rendelkezem, és a vizsgára bocsátás feltételeiként előírt beavatkozásokat maradéktalanul teljesítettem.

 A Magyar Andrológiai Társaság által szervezett androkurzust elvégeztem.

Jelentkező neve: ……………………………………………………….……. Pecsétszáma: ………………. Állampolgársága:………………………………. Anyja neve: ……………………………………………...

Születési hely, év, hó, nap: ……………..……………….……..………..…………………………………...

Lakcíme:…………………….………….……………………………..………….………………………….

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

**Grémium elnök javaslata:**

A bemutatott dokumentumok alapján a jelölt vizsgára bocsátását *(megfelelő rész aláhúzandó)*

 javaslom nem javaslom

Kelt: …………………..………, …….……év, …….… hó, ………. nap

 …………..………………..................... grémium elnök aláírása

1. sz. melléklet

**IGAZOLÁS**

A ……………………………………………………………………………………….. képzőhely képviseletében igazoljuk, hogy ……………………………………………………………(név) …………………………………………………………………………….(születési hely, idő) ……………..……………….……..………..…,(anyja neve)………………..…..(pecsétszám) ……….…..……………………………………………………………………………..(lakcím)…………………….………….……………………………..………….…..(tartózkodási hely) a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzésről szóló 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet 13. § (2) bekezdésében, illetve a 2. sz. mellékletében foglalt előírásoknak a jelentkezés előtti időben eleget tett, ***az adott szakterületet a jogszabályban meghatározott időtartamban művelte, és a vizsgára bocsátás feltételeiként előírt beavatkozásokat, tevékenységeket maradéktalanul teljesítette.***

Jelen igazolást **Klinikai andrológia** licenc vizsgára történő jelentkezés céljából állítottuk ki.

……………………………, ……….. év …..….. hó ……… nap

 ………………..................... ……………………………….

 Osztályvezető főorvos Intézményvezető/igazgató