

JELENTKEZÉSI LAP

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

neurológia, vagy csecsemő- és gyermekgyógyászat, vagy belgyógyászat, vagy fül-orr-
gégyógyászat, pulmonológiai vagy pszichiátria
szakképesítéssel rendelkező szakorvosok részére

ALVÁSMEDICINA SZAKÉRTŐJE (SZOMNOLÓGUS)

licenc képzésre

Licenc típusa: specializáció

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 melléletként 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 gyakorlat ebben;	
minimálisan 12 hónapos, teljes munkaidejű klinikai gyakorlat akkreditált Alvásmedicina Centrumban	
helye:	ideje:
helye:	ideje:
12 hónapos konzultációs periódus tutor vezetése mellett, beszámolókkal	
helye:	ideje:
helye:	ideje:

5. A képzés és vizsga szakmai tartalma

Gyakorlati tudnivaló témakörei

- kardiorespiratórikus poligráfia, poliszomnográfia, MSLT, MW, FIT ismertetése és gyakorlati kivitelezésének bemutatása
- ismeretlen PSG, PG, MSLT, MWT értékelése lelet-leírással
- validált, általános és tünetalapú kérdőívek és alvásnaplók interpretálása
- videofelvételek elemzése és értelmezése
- alvás/ébrenlét zavarban szenvedő betegek kórelőzményének felvétele, diagnosztikus és terápiás tervének összeállítása, figyelemmel speciális szempontokra
- CPAP és BIPAP titrálás

Elméleti ismeretek témakörei

- a fiziológiás alvás
- az alvás-medicina vizsgáló módszerei
- az alvás- és ébrenléti zavarok
- az alvás- és ébrenléti zavarok ellátása

6. A vizsgára bocsátás további feltételei

- standard (teljes) poliszomnográfias (PSG) felvétel önálló végzése 30 betegen (alvástechnikai segítséggel)
- 100 PSG vizsgálat értékelése, amelyek mind neurológiai, mind cardio-respiratórikus, mind pszichiátriai betegeken készültek akár felnőtt-, akár gyermekkorban
- legalább 20 MSLT és MWT eljárás végzése és értékelése
- teljes FIT teszt végzése és értékelése 10 esetben
- legkevesebb 50 ambuláns cardio-respiratórikus felvétel értékelése
- legkevesebb 30 aktigráfias felvétel elemzése
- a validált, általános és tünetalapú kérdőívek és alvásnaplók interpretálása
- a videofelvételek elemzése és PSG felvételekkel történő együttes elemzése
- az alváscentrum vezetőjének írásos nyilatkozata arról, hogy a jelölt 100 alvás/ébrenléti zavarban szenvedő beteg kezelését és ellenőrzését kiválóan elvégezte, különös figyelemmel speciális szempontokra
- a vizsgát a gyakorlati idő letöltését követő három éven belül kell elvégezni

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 tervének 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

ADATLAP

új partner rögzítésének igényléséhez, és a már rögzített partner adatainak módosításához

Igénylő csoporttag			
Adatlap beküldésének célja: (kérjük X-el megjelölni)			
Új partner rögzítése		Adatmódosítás	
		Módosítandó partnerkódja:	
PARTNER ADATAI			
*Partner elnevezése (cégnyilvántartás szerinti teljes név):			
*Partner rövidített elnevezése (cégnyilvántartás szerinti):			
Lakcíme/*Székhelye (cég esetén):			
*Adószáma:		*Csoportos adószáma:	*EU-s adószáma:
Orvosi nyilvántartási szám: (pecsétszám)			
Bankszámlaszáma:			
IBAN száma:			
SWIFT kódja:			
Partner kapcsolattartója:		Telefonszám:	
Partner e-mail címe:			
Elektronikus számla befogadó nyilatkozat			
A Cég képviseletében nyilatkozom, hogy a Semmelweis Egyetem (19308674-4-44), mint számlakibocsátó által kiállított elektronikus számlákat a fent megadott e-mail címre elektronikus formában megküldve befogadom. ☐ igen ☐ nem			
Költségátvállaló nyilatkozat			
A cég nevében nyilatkozom, hogy (név) munkavállalónk a (képzés neve) képzési díját átvállalja: ☐ teljes mértékben ☐ részben (% arány): Egyetemi partner esetében költséghely:			
Kelt:	kitöltő neve:		

CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!

Melléklet megnevezése	
1. Valamennyi jelentkező számára egységesen előírt	
Az eredeti diploma másolata	1 másolat
Bemeneti feltétel szerinti szakorvosi bizonyítvány	1 másolat
Munkáltató által kiadott munkaviszony-igazolás (munkaidő, munkakör megjelölésével)	1 eredeti
Költségtérítés díjának számlázásához szükséges adatlap	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