

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

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 költség hely:				
Kelt:	kitöltő neve:			

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