

JELENTKEZÉSI LAP

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

KRÓNIKUS GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK CENTRUM JOGÚ ELLÁTÓJA

Gasztroenterológia szakképesítéssel rendelkező szakorvosok részére

(Megfelelő tapasztalat a gyulladásos bélbeteggek ellátásában (legalább 50, a jelentkező által rendszeresen gondozott gyulladásos bélbeteg (K5090 vagy K5190 HBCS) Tapasztalat és jártasság immunosuppresszív vagy biológia terápiák alkalmazásával kapcsolatban)

licenc képzésre

Licenc típusa: specializációs

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 mellékként 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 licencképzést megkezdését megelőzően teljesített gyakorlat beszámítását *(megfelelő rész aláhúzendó)*

..... hónap időtartamban javaslom

nem javaslom

Kelt:,év, hó, nap

.....
grémium elnök aláírása

4. Képzési terv

Képzés időtartama: 12-24 hónap	
Gyakorlati képzés: A betegség ellátásában való jártasságot az önállóan ellátott és dokumentált, az IBD ellátásában járatos tutor felügyelete által kontrollált és ellenjegyzett, 300 immunosuppresszív vagy biológiai szerrel kezelt eset ellátása igazolja. Ennek 90%-a a jelölt intézetében is elvégezhető, amennyiben teljesülnek a képzőhelyre vonatkozó személyi feltételek. A vizsgálatok legalább 10%-a a jelölttől független képzőhelyen licenc vizsgáztató jelentlétében kell elvégezni. Ennek a gyakorlati képzésnek az időtartama 2 (kettő) hét.	
Képzőhely:	Ideje:
Tutor neve:	

Gyakorlati képzés szakmai tartalma: - gyulladásos bélbetegségek ambuláns ellátási gyakorlat - biológiai terápia beadásával kapcsolatos gyakorlati oktatás - folyamatos részvétel multidiszciplináris megbeszéléseken	
Képzőhely:	Ideje:
Tutor neve:	

A sikeres licenc vizsga feltétele:

1. Sikeres vizsga az MGT Colon szekciójának gyulladásos bélbetegség licenc képzésén
2. Két különböző munkahelyen dolgozó, akkreditált tutor által igazolt megfelelő jártasság legalább 3 eset elemzése kapcsán.

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:

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 neve (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				
Acég/ Klinika/Intézet nevében nyilatkozom, hogy (név) munkavállalónk a (képzés neve) képzési díját átvállalja: ☐ teljes mértékben ☐ részben (% arány):				
Egyetemi partner esetében költséghely:				
Kelt:	kitöltő neve:			

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 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

CSATOLANDÓ MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

Valamennyi mellékletet 1 példányban kell benyújtani!

Melléklet megnevezése	
1. <i>Valamennyi jelentkező számára egységesen előírt</i>	
Az eredeti diploma másolata	1 másolat
Bemeneti szakorvosi bizonyítvány másolata	1 másolat
Munkáltató által kiadott munkaviszony-igazolás	1 eredeti