

SZAKKÉPZÉSI JELENTKEZÉSI LAP

KLINIKAI MIKROBIOLÓGIA

biológus diplomával rendelkezőknek

a 22/2012. (IX.14.) 10. számú melléklete alapján

SZAKGYAKORLAT KEZDETE: _____

Szakgyakorlati idő 4 év (48 hónap)

A szakképzésre jelentkező tölti ki!

A diploma másolata csatolandó!

Jelentkező neve: _____

Születési hely, év, hó, nap: _____

Anyja neve: _____

Állampolgársága: _____

Lakcím: _____

Levelezési cím: _____

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 Mikrobiológia

(48 hónap szakképzési idő)

Gyakorlatok:

a) 12 hó mikrobiológiai alapképzés, ebben:

aa) 1 hó táptalajkonyhai gyakorlat

helye: _____,

ideje: _____.

ab) 5 hó bakteriológia:

helye: _____,

ideje: _____.

ac) 2 hó virológiai diagnosztika:

helye: _____,

ad) 2 hó parazitológiai diagnosztika:

helye: _____,

ideje: _____.

ae) 2 hó mycológiai diagnosztika:

helye: _____,

ideje: _____.

af) törzsképzési tanfolyamok:

helye: _____,

ideje: _____.

b) 36 hó mikrobiológiai gyakorlat, ebben:

ba) 3 hó járványügyi bakteriológiai gyakorlat:

helye: _____,

ideje: _____.

bb) 3 hó virológia, virológiai diagnosztika:

helye: _____,

ideje: _____.

bc) 3 hó parazitológia, parazitológiai diagnosztika:

helye: _____,

ideje: _____.

bd) 3 hó mikológiai diagnosztika:

helye: _____,

ideje: _____.

be) 3 hó infekciós kórképek molekuláris diagnosztikája:

helye: _____,

ideje: _____.

bf) 3 hó kórház-higiénés epidemiológiai gyakorlat:

helye: _____,

ideje: _____.

bg) 3 hó kötelező tanfolyamok:

helye: _____,

ideje: _____.

bh) 10 hó mikrobiológiai laboratóriumi gyakorlat:

helye: _____,

ideje: _____.

bi) 5 hó mikrobiológiai laboratóriumi gyakorlat:

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

Elfogadom.

Nem fogadom el.

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			
Adatlapp 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. <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
Költségátvállaló nyilatkozat			
A cég nevében nyilatkozom, hogy (név) munkavállalónk a (képzés neve) képzési díját átvállalja: <input type="checkbox"/> teljes mértékben <input type="checkbox"/> 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