

SEMELWIES EGYETEM SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT

KÉRELEM

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

Klinikai pszichoonkológia licencből

felőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus szakképesítéssel vagy pszichoterapeuta (felőtt vagy gyermek klinikai szakpszichológiai végzettséggel)

Képzés nélküli licencvizsgára történő jelentkezésem elfogadását az alábbi feltétel/ek megléte alapján kérem: (megfelelő választ X-el jelölni)

- a licenc tartalmával megegyező kompetenciabővítő továbbképzés elvégzése (igazolás csatolása szükséges)
- az adott szakterületen legalább a licenc képzés jogszabályban meghatározott időtartam háromszoros idejének megfelelő gyakorlattal (5 év) rendelkezem (1.sz. melléklet)

Jelentkező neve: Pecsétszáma:

Állampolgársága:..... Anyja neve:

Születési hely és idő (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 aláhúzendó)*

javaslom

nem javaslom

Kelt:,év, hó, nap

.....
grémium elnök aláírása

IGAZOLÁS

AIntézmény
képviselésében igazoljuk, hogy

Név:

Születési hely, idő:

Orvosi pecsétszáma/nyilvántartási száma:

Lakcím:

Tartózkodási cím:

a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzésről szóló 23/2012. (IX.14.) EMMI rendelet 13. § (2) bekezdésében, illetve a 2a sz. mellékletében foglalt előírásoknak a jelentkezés előtti időben eleget tett, ***az adott szakterületet (klinikai pszichoonkológia) legalább a licencképzés jogszabályban meghatározott időtartam háromszoros idejének megfelelő gyakorlattal (5 év) rendelkezik.***

Jelen igazolást **Klinikai pszichoonkológia** képzés nélküli licenc vizsgára történő jelentkezés céljából állítottuk ki.

Kelt:, év hó nap

.....
Osztályvezető főorvos

P.H.

.....
Intézményvezető/igazgató