

SEMMEWIES EGYETEM SZAK- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT

KÉRELEM

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

Klinikai pszichoonkológia licencből

pszichoterápia (szakorvosi szakképesítéssel) vagy pszichiátria szakorvosi szakképesítés

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 2. 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