**Załącznik Nr 4**

***WZÓR***

MINISTER

OBRONY NARODOWEJ

**KARTA** **SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NR ……………./…….r.**

w dziedzinie: …………………………………………………………………………………....

w trybie pozarezydenckim w ramach:……………………………………………………….….

**Termin szkolenia specjalizacyjnego: od dnia…………..…….... r. do ………….…….…..r.**

DANE OSOBOWE

1. Stopień[[1]](#footnote-1) imię,(imiona) i nazwisko: ………………………………………………….…
2. Płeć K M
3. Numer PESEL: ………………, a w przepadku jego braku cechy dokumentu

potwierdzającego tożsamość: ……………………………………………….…………..

 (nazwa, numer dokumentu, kraj i rok wydania)

1. Obywatelstwo (obywatelstwa): …………………………………………….…………...
2. Adres do korespondencji: …………………………………………………….…………

(kod pocztowy, miejscowość, , ulica, nr domu/mieszkania)

1. Adres miejsca zameldowania: …………………………………………………….…….

(kod pocztowy, miejscowość, , ulica, nr domu/mieszkania)

1. Numer(y) telefonu (ów): ………………………………………………………………
2. Adres e-mail[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………..…………
3. Tytuł zawodowy: …………………………………………………………………….…
4. Członek ……………………….. Izby Lekarskiej w: ………………………………….
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty seria i nr ………………………

wydane przez …………………………………………… w dniu ……………………..

1. Posiadane specjalizacje: ……………………………………………………………….

(nazwa specjalizacji, nr dyplomu, nazwa podmiotu wydającego dyplom)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne: ………

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. *Zatwierdzenie danych przez Ministra Obrony Narodowej (MON) w elektronicznej karcie szkolenia specjalizacyjnego (EKS) w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK*).

**WYZNACZENIE KIEROWNIKA SPECJALIZACJI**

1. Kierownik specjalizacji: ………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

(stopień wojskowy, tytuł naukowy, imię i nazwisko)

Stanowisko: …………………………………………………………………………......

1. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego: …………………………………………
2. *Zatwierdzenie danych przez kierownika specjalizacji w EKS.*
3. *Potwierdzenie przez kierownika komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenia specjalizacyjne w EKS.*
4. *Potwierdzenie przez kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne w EKS.*

**PRZEDŁUŻENIE OKRESU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

1. Podstawa prawna: art. ………….. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza
i lekarza dentysty (Dz. U. ………………………………..)
2. Okres szkolenia specjalizacyjnego po przedłużeniu:…………………………………...
3. *Zatwierdzenie danych przez MON w EKS.*

**ZMIANA MIEJSCA ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne: ………

…………………………………………………………………………………………..

(nowe miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

1. *Zatwierdzenie danych przez MON w EKS.*

**REALIZACJA PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

**I ROK SZKOLENIA**

1. **Kurs wprowadzający**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji:……………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ……………………………………………………………………………...…...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej:…………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: ………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**II ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ……………………………………………………………………

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**III ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**: …..…………

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**IV ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: ………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………...

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej:

 ……………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**: …..…………

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**V ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**VI ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………......

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej:…………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**VII ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**VIII ROK SZKOLENIA**

1. **Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

|  |
| --- |
|  |

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: …………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

Temat i numer kursu: …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

*Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu przez kierownika specjalizacji w EKS na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu.*

1. **Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………..

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

|  |
| --- |
|  |

Staż kierunkowy w zakresie: …………………………………………………………...

Okres realizacji: ………………………………………………………………………....

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy: …………………………………..…

…………………………………………………………………………………………...

Nazwa komórki organizacyjnej: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

Ocena: ………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika stażu kierunkowego w EKS odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.*

1. **Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonywanie zabiegów i procedur medycznych w indeksie zabiegów i procedur medycznych**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

1. **Formy samokształcenia:**

Rodzaj: …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

W przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuły pracy poglądowej, doniesienia, publikacji i wydawnictwa.

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Dyżury medyczne:**

Nazwa komórki organizacyjnej: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

Liczba godzin dyżurów: …………………………………………………………………

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

1. **Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji**:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

*Potwierdzenie* *przez kierownika specjalizacji w EKS.*

|  |
| --- |
|  |

**UWAGI**:

**KOLOKWIUM Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO**

Przeprowadzone na podstawie ……………………………………………….…………

…………………………………………………………………………………………...

Podmiot przeprowadzający kolokwium: …………………………………………….….

…………………………………………………………………………………………...

(nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego kolokwium)

Ocena: …………………………………………………………………………………..

*Potwierdzenie* *w EKS przez przeprowadzającego kolokwium.*

|  |
| --- |
|  |

**ZALICZENIE MODUŁU PODSTAWOWEGO**

Pan/Pani …………………………………………………………………………………

wpisany (a) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem ……………………………………. odbył (a) szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył (a) program modułu podstawowego w zakresie ……………………………………………………...

*Potwierdzenie* *w EKS przez kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego.*

|  |
| --- |
|  |

**ZALICZENIE PROGRAMU UZUPEŁNIAJACEGO DO SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO**

Pan/Pani …………………………………………………………………………………

wpisany (a) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem ……………………………………. odbył (a) i zaliczył (a) szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem uzupełniającym dla specjalizacji ………………………………

…………………………………………………………………………………………..

*Potwierdzenie* *w EKS przez kierownika specjalizacji.*

|  |
| --- |
|  |

**POTWIERDZENIE REALIZACJI PROGRAMU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI**

Pan/Pani …………………………………………………………………………………

wpisany (a) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem ……………………………………. odbył (a) i zaliczył (a) szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie …………………..…………………

…………………………………………………………………………………………..

 *Potwierdzenie* *w EKS przez kierownika specjalizacji.*

1. Dotyczy lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej [↑](#footnote-ref-1)
2. Podanie informacji jest dobrowolne [↑](#footnote-ref-2)