

**WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW
KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE USTAWICZNEGO ROZWÓJU
ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW PRZEZ
ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA**

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

DO

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy [][]-[][][][]
Miejscowość	Telefon Faks	e-mail

Planowany okres i obszar kraju na którym przewidywane jest prowadzenie kształcenia

Kształcenie będzie prowadzone w okresie

– data rozpoczęcia pierwszego szkolenia

– data zakończenia ostatniego szkolenia

Obszar kraju:

**Osoby odpowiedzialne / osoba odpowiedzialna za ustalenia planu kształcenia (programu)
– rada naukowa / kierownik programu**

Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora		Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje		Specjalizacje	
Nauczyciel/pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Nauczyciel/pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce		Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora		Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje		Specjalizacje	
Nauczyciel/pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Nauczyciel/pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce		Staż pracy w dydaktyce	

W przypadku większej liczby wykładowców i innych osób prowadzących nauczanie teoretyczne i zajęcia praktyczne informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu jako załączniku do niniejszego wniosku.

Plan kształcenia – zadanie dydaktyczne do wykonania w określonym czasie obejmujące zakres wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentystry

Cel (cele) kształcenia – uwzględniający podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy lub lekarzy dentystry w określonej dziedzinie medycyny i zakresie danej dziedziny zgodnie z postępem nauk medycznych

Przedmiot i zakres kształcenia – uwzględniający wybrany zakres wiedzy lub umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny wynikających z wiarygodnych danych naukowych

Wymienić formę lub formy kształcenia i ich przewidywaną liczbę (zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry)

Dla jakiej grupy lekarzy przeznaczona jest dana forma kształcenia? Kwalifikacje jakie powinni posiadać lekarze lub lekarze dentyści uczestniczący w planowanych formach kształcenia

Sposób (sposoby) weryfikacji wyników kształcenia. Należy podać planowaną, udokumentowaną formę sprawdzianu nabytej wiedzy uczestników danej formy kształcenia. (Nie dotyczy: zjazdów, konferencji, kongresów, sympozjów, posiedzeń naukowych)

Sposób potwierdzenia uczestnictwa i ukończenia kształcenia – uwzględniający udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwa i ukończenia przez lekarza lub lekarza dentystę określonej formy kształcenia

Dane dotyczące osób przewidywanych jako kadra dydaktyczna do realizacji form kształcenia określonych planem (programem) lub do nadzoru nad kształceniem prowadzonym w określonej formie

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
NNauczyciel / pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel / pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel / pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł profesora	
Specjalizacje	
Nauczyciel / pracownik akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

W przypadku większej liczby osób informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wystąpienia.

Wymienić dokumenty, które będą potwierdzały kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowcy określonej formy kształcenia

.....
.....

Dane dotyczące bazy dydaktycznej

Opis posiadanej lub będącej w dyspozycji bazy do realizacji programu kształcenia spełniającej wymogi współczesnej dydaktyki

Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

Opis planowanego systemu oceny jakości zrealizowanego kształcenia, w zakresie przewidywanych jego form, prowadzonego przez radę programową / kierownika programu

Narzędzia oceny jakości kształcenia

.....

Metody oceny jakości kształcenia

.....

Podać sposób

.....

.....

Uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych (w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych objętych programem)

Czy organizator kształcenia przewiduje formę kształcenia (zdarzenie edukacyjne) objęte programem kształcenia w ramach której będą prowadzone zajęcia praktyczne z udziałem pacjenta

NIE

TAK

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Wpis do rejestru praktyk lekarskich

Umowa najmu / podnajmu / użyczenia/ dzierżawy/użytkowania praktyki lekarskiej / podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Osoby prowadzące kształcenie praktyczne będą posiadały prawo wykonywania zawodu i właściwą specjalizację

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis