



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

Załączono dokumenty uzupełniające ww. informacje

**Dane dotyczące osób przewidywanych jako nowa 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 naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

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

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

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel 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

#### Inne dane

Jeżeli przewidywane zmiany dotyczą:

- bazy dydaktycznej  
 uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych

należy załączyć dokumenty potwierdzające zmianę danych

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis