

**WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW  
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
PRZEZ ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA /  
ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA WPISANEGO DO REJESTRU**

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

**Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek**

Nazwa organizatora kształcenia

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów ORL/NRL  
*dotyczy organizatora kształcenia wpisanego do rejestru*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia** *(nie dotyczy organizatora kształcenia wpisanego do rejestru)*

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 ustalenie planu kształcenia (programu)**

**– rada naukowa / kierownik programu**

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.**

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

Cel (cele) kształcenia – uwzględniający podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy lub lekarzy dentystów w określonej dziedzinie medycyny i zakresie danej dziedziny zgodnie z postępowaniem nauki medycznych

Przedmiot i zakres planowanego kształcenia – wybrany zakres wiedzy teoretycznej lub/i umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny oparty na wiarygodnych danych naukowych

Wymienić przewidywaną formę lub formy kształcenia i ich planowaną liczbę (*określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów*)

Dla jakiej grupy lekarzy / lekarzy dentystów przeznaczona jest dana forma kształcenia i jakie kwalifikacje powinni posiadać uczestnicząc 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 uczestnictwo i ukończenie przez lekarza lub lekarza dentyście określonej formy kształcenia

Załączono dokumenty uzupełniające ww. informacje określone odpowiednio w § 3 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyście (Dz.U. nr 239, poz. 1739).

**Kształcenie będzie prowadzone w trybie na odległość w formie:**

- kurs
- program edukacyjny realizowany za pomocą zadań testowych
- sieć internetowa z ograniczonym dostępem
- program edukacyjny realizowany w formie przekazu telewizyjnego z ograniczonym dostępem

Załączono dokumenty potwierdzające dane określone odpowiednio w § 3 ust. 4, 5 lub 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyście (Dz.U. nr 239, poz. 1739).

**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 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

**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 zakładów opieki zdrowotnej (rejestr wojewody)

Wpis do rejestru praktyk lekarskich (rejestr izby lekarskiej)

Umowa najmu / podnajmu / użyczenia komórki organizacyjnej zoz na okres kształcenia

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

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis