



CENTRUM MEDYCZNE
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Informacje
wymagane w celu uzyskania wpisu na listę
kursów specjalizacyjnych objętych programem specjalizacji
prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Wypełnia pracownik CMKP	
Data wpłynięcia wniosku	
Nadany numer	

1. Tytuł kursu (Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według modułowego jak i dotychczasowego systemu specjalizacji, a tytuły kursów są różne – proszę podać oba.)

2. Charakter (rodzaj) kursu (proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu)

- specjalizacyjny wprowadzający
- specjalizacyjny
- specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący
- specjalizacyjny zalecany/fakultatywny
- specjalizacyjny jednolity

2a. Przeznaczony:

- dla lekarzy
- dla lekarzy dentyków

3. Przeznaczenie kursu (proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu i podać nazwę specjalizacji):

- a) Kurs specjalizacyjny - według poprzednich programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014r.) w zakresie:

- b) Kurs specjalizacyjny - według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 01.10.2014r.) w zakresie:

- c) Kurs specjalizacyjny - objęty programem modułu podstawowego (proszę wpisać nazwę modułu podstawowego):

d) Kurs specjalizacyjny jednolity - różne specjalności:

- Kurs specjalizacyjny jednolity – dla specjalizujących się według poprzednich programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014r.) w zakresie:

- Kurs specjalizacyjny jednolity – dla specjalizujących się według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 01.10.2014r.) w zakresie:

4. Nazwa i siedziba jednostki organizacyjnej lub imię, nazwisko i adres osoby zamierzającej przeprowadzić kurs:

Jednostka nadrzędna:

CMKP

Jednostka szkoląca (np. nazwa Katedry, Kliniki, Zakładu, inne):

Adres i dane kontaktowe:

5. Miejsce kursu:

Nazwa miejsca realizacji kursu stacjonarnego:

6. Potwierdzenie uprawnień do prowadzenia kursów specjalizacyjnych:

- Potwierdzam, że jednostka posiada uprawnienia do prowadzenia kursów specjalizacyjnych, zgodnie z art. 19 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyka

7. Potwierdzenie nieodpłatności za kurs:

Potwierdzam, że kurs jest nieodpłatny oraz udział w nim nie jest uzależniony od wniesienia jakichkolwiek opłat lub udziału w innym odpłatnym przedsięwzięciu

8. Kurs organizowany przez CMKP (proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu):

Tak

Nie

9. Termin kursu:

Termin kursu (DD.MM.RRRR):

a) **kurs ciągły (terminy poszczególnych edycji):**

Liczba dni kursu (proszę wpisać zgodnie z wymaganiami w programie specjalizacji):

b) **kurs nieciągły (realizowany w kilku częściach lub terminach) (DD.MM.RRRR):**

Terminy 1 edycji (DD.MM.RRRR):

Terminy 2 edycji (DD.MM.RRRR):

Liczba dni kursu (proszę wpisać zgodnie z wymaganiami w programie specjalizacji):

Do zaliczenia kursu wymagane jest uczestnictwo we wszystkich wymienionych w programie częściach lub niżej wymienionych terminach.

10. Liczba osób mogących uczestniczyć w kursie:

11. Kierownik naukowy kursu:

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy, posiadana specjalizacja:

11a. Kierownik administracyjny kursu:

Imię i nazwisko, kontakt:

12. Kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej zajęcia teoretyczne i praktyczne na kursie (wymagana specjalizacja, posiadany stopień naukowy lub tytuł naukowy):

13. Forma kursu (proszę wybrać jedna z opcji):

stacjonarny

Streaming (wykłady online w czasie rzeczywistym)

e-learning (wykłady nagrane do odtworzenia w dowolnym czasie, wskazanym przez organizatora)

Hybrydowy (część zajęć prowadzona w formie stacjonarnej, część przy wykorzystaniu metod i technik kształcenia na odległość)

inna (jaka?)

14. Program kursu:

a) Cele kursu i oczekiwane wyniki kształcenia:

zgodny z programem specjalizacji

b) Wymagane kwalifikacje uczestników kursu:

osoby z rozpoczętą specjalizacją w dziedzinie

15. Regulamin kursu specjalizacyjnego określający:

a) Sposób organizacji kursu:

wg wzoru obowiązującego w CMKP

b) Zasady i sposób naboru uczestników kursu:

nabór prowadzi CMKP

c) Wzór karty przebiegu kursu:

wg wzoru obowiązującego w CMKP

d) Prawa i obowiązki uczestników kursu:

wg wzoru obowiązującego w CMKP

e) Zakres obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne:

wg wzoru obowiązującego w CMKP

16. Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych (proszę wybrać jedną z opcji zgodnie z wymaganiami programu specjalizacji):

Potwierdzenie uczestnictwa w kursie oraz zaliczenie sprawdzianu z zakresu wiedzy objętej programem kursu, przeprowadzonego przez kierownika kursu

Potwierdzenie uczestnictwa w kursie oraz zaliczenie sprawdzianu testowego i praktycznego z wiedzy objętej programem kursu, przeprowadzonego przez kierownika kursu

Potwierdzenie uczestnictwa w kursie oraz zaliczenie kolokwium z zakresu wiedzy objętej programem kursu, przeprowadzonego przez kierownika kursu

17. Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników kursu (proszę wpisać, w przypadku kursów organizowanych przez CMKP zgodnie z obowiązującym zarządzeniem):

Zgodnie z zarządzeniem obowiązującym w CMKP

18. Charakterystyka bazy dydaktycznej do zajęć teoretycznych i praktycznych:

Sale dydaktyczne CMKP/platforma e-learningowa CMKP/pracownie w klinikach i zakładach

19. Zgłoszenia na kurs przyjmowane są przez CMKP

CMKP zastrzega sobie prawo do odrzucenia wniosku wypełnionego w sposób nieprawidłowy lub nieczytelny.

Zeskanowany lub zapisany w pdf wniosek należy przesać na adres cmkpwnioski@cmkp.edu.pl

.....
Kierownik jednostki szkolącej
data, podpis i pieczętka

.....
Kierownik naukowy kursu
data, podpis i pieczętka

SZCZEGÓŁOWY PROGRAM KURSU (*Zakres tematyczny, czas trwania i treść zajęć teoretycznych i praktycznych*)

Tytuł kursu (Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według modułowego jak i dotychczasowego systemu specjalizacji, a tytuły kursów są różne – proszę podać oba.)

data	tytuł wykładu lub innych zajęć:	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	liczba godz. dyd. stacjonarnych	liczba godz. dyd. e-learning	liczba godz. dyd. streaming

ŁĄCZNIE GODZIN NA KURSIE

Program kursu według powyższego wzoru (należy dołączyć plik pdf)

Opinia konsultanta krajowego

Tytuł kursu (Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według modułowego jak i dotychczasowego systemu specjalizacji, a tytuły kursów są różne – proszę podać oba):

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy, Konsultant krajowy w dziedzinie

Charakter (rodzaj) kursu:

proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu

- specjalizacyjny wprowadzający
- specjalizacyjny
- specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący
- specjalizacyjny zalecany/fakultatywny
- specjalizacyjny jednolity

Przeznaczony:

- dla lekarzy
- dla lekarzy dentystów

specjalizujących się w zakresie:

proszę wpisać nazwę specjalizacji

Opinia konsultanta:

podpis i pieczęć konsultanta