



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 do CMKP	
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 programów 2014 i 2023 proszę podać oba.)

2. Charakter (rodzaj) kursu (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

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

2a. Przeznaczony (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

- dla lekarzy
- dla lekarzy dentyków

3. Przeznaczenie kursu (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu i podać nazwę specjalizacji):

a) Kurs specjalizacyjny w zakresie

- modułu podstawowego
- modułu specjalistycznego
- programu jednolitego

dla osób zakwalifikowanych do specjalizacji do postępowania jesień 2022 w dziedzinie:

b) Kurs specjalizacyjny w zakresie

- modułu podstawowego
- modułu specjalistycznego
- programu jednolitego

dla osób zakwalifikowanych do specjalizacji od postępowania wiosna 2023 w dziedzinie:

- c) Kurs specjalizacyjny jednolity – (zakwalifikowani do specjalizacji do postępowania jesień 2022) w dziedzinie:

- d) Kurs specjalizacyjny jednolity – (zakwalifikowani do specjalizacji od postępowania wiosna 2023) w dziedzinie:

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

przeprowadzić kurs:

Jednostka nadrzędna:

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

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 dentysty

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

Tak

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 wyżej wymienionych terminach.

10. Liczba osób mogących uczestniczyć w kursie stacjonarnym:

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 zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

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 (proszę wpisać nazwę specjalizacji):*

zgodny z programem specjalizacji

b) *Wymagane kwalifikacje uczestników kursu (proszę wpisać nazwę specjalizacji):*

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 wpisać nazwę specjalizacji):

Zaliczenie kursu zgodne z wymogami programu specjalizacji z

17. Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników kursu

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/centra symulacji

19. Zgłoszenia na kurs przyjmowane są przez CMKP

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

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

wnioski należy przesyłać na adres: cmkpwnioski@cmkp.edu.pl

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

Tytuł kursu (Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według programów 2014 i 2023 proszę podać oba.)

--

data	tytuł wykładu lub innych zajęć:	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	liczba godz. dyd.

data	tytuł wykładu lub innych zajęć:	tytuł, imię i nazwisko wykładowcy	liczba godz. dyd.

Program pozostałych dni kursu według powyższego wzoru (dołączyć jako plik pdf)

ŁĄCZNIE GODZIN NA KURSIE

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 programów 2014 i 2023 proszę podać oba.)

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

Charakter (rodzaj) kursu (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

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

Przeznaczony (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

- dla lekarzy
- dla lekarzy dentyków

specjalizujących się w zakresie (proszę wpisać nazwę specjalizacji):

Opinia konsultanta:

Zatwierdzam pod względem merytorycznym program kursu

podpis i pieczęć konsultanta

Nie zatwierdzam pod względem merytorycznym programu kursu

podpis i pieczęć konsultanta