



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

## Informacje

wymagane w celu uzyskania wpisu na listę  
kursów specjalizacyjnych objętych programem specjalizacji  
prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
realizowanych w ramach projektu współfinansowanego przez  
Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego pn.  
„Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach  
istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-  
demograficznych Polski”

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: [cmkpwnioskiue@cmkp.edu.pl](mailto:cmkpwnioskiue@cmkp.edu.pl)







### 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