

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ:
(nazwa organizatora kształcenia)

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia:

Dane kontaktowe (nr telefonu, adres e-mail):

.....

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego:

.....

Dane dotyczące kształcenia:

Przedmiot kształcenia:

.....

Informacje o treści kształcenia w dziedzinie medycyny:

.....

.....

.....

Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia:

Czy treści kształcenia są zgodne z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych:

☐

tak

☐

nie

Termin i miejsce kształcenia:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Nazwa placówki:

Ulica i nr domu / nr lokalu: Miejscowość:

Kierownik naukowy

Imię i nazwisko					
Stopnie naukowe lub tytuł profesora					
Specjalizacje					
Nauczyciel/pracownik	<table><tr><td></td><td>tak</td><td>☐</td><td>nie</td></tr></table>		tak	☐	nie
	tak	☐	nie		
Staż pracy w dydaktyce					

Wykładowca

Imię i nazwisko					
Stopnie naukowe lub tytuł profesora					
Specjalizacje					
Nauczyciel / pracownik akademicki	<table><tr><td></td><td>tak</td><td>☐</td><td>nie</td></tr></table>		tak	☐	nie
	tak	☐	nie		
Staż pracy w dydaktyce					

Wykładowca

Imię i nazwisko					
Stopnie naukowe lub tytuł profesora					
Specjalizacje					
Nauczyciel / pracownik akademicki	<table><tr><td></td><td>tak</td><td>☐</td><td>nie</td></tr></table>		tak	☐	nie
	tak	☐	nie		
Staż pracy w dydaktyce					

Wykładowca

Imię i nazwisko					
Stopnie naukowe lub tytuł profesora					
Specjalizacje					
Nauczyciel / pracownik akademicki	<table><tr><td></td><td>tak</td><td>☐</td><td>nie</td></tr></table>		tak	☐	nie
	tak	☐	nie		
Staż pracy w dydaktyce					

Pouczenie:

W przypadku większej liczby wykładowców i innych osób prowadzących nauczanie teoretyczne i zajęcia praktyczne informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu jako załączniku do niniejszego wniosku.

Liczba godzin kształcenia w tym: wykłady warsztaty ćwiczenia

Określenie grupy lekarzy / lekarzy dentystów, do której adresowane jest kształcenie:

.....

.....

.....

Liczba uczestników kształcenia: planowana maksymalna

Planowany tryb kształcenia: ☐ stacjonarny ☐ korespondencyjny zaoczny
dzienny wieczorowy
☐ jednodniowy ☐ dwudniowy ☐ cykliczny ☐ inny

Sposób informowania o kształceniu: ☐ ogłoszenie w prasie lekarskiej ☐ ogłoszenie w miejscu pracy
☐ Internet ☐ zawiadomienie imienne ☒ inne

Czy regulamin kształcenia dopuszcza prezentowane przez sponsora treści reklamowe lub promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia:

☐ Nie

☒ Tak: ☐ leków ☒ sprzętu medycznego ☒ innych – w jakiej formie:

Sprawdzian wiedzy nabytej – sposób sprawdzenia uczestnictwa w kształceniu i jego zakończenia – podać metodę, rodzaj udokumentowania:

.....

.....

.....

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia: ☒ zaświadczenie ☒ dyplom ☐ inne

Upewnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych z udziałem pacjenta:

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

☐

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

 - ☐

Wpis do rejestru praktyk lekarskich

Numer wpisu do rejestru praktyk lekarskich

 - - ☐

Umowa najmu/podnajmu/użyczenia/dzierżawy/użytkowania praktyki lekarskiej / podmiotu wykonującego działalność leczniczą

na okres do dnia

☐

Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne z udziałem pacjenta

– lista stałych wykładowców:

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja

Wysokość opłaty za udział w kształceniu:

Wysokość opłaty za udział w kształceniu PLN

Całkowity udział finansowy uczestników PLN

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia:

Stanowisko/funkcja:

.....
(data)

.....
(podpis)

Dane dotyczące wpisu organizatora kształcenia do rejestru innej okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej:

Data

Nr wpisu

do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej

Rady Lekarskiej w / Naczelnej Rady Lekarskiej* (właściwej dla organizatora

kształcenia)

Załączone dokumenty:

Szczegółowy program kształcenia ☐ Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia

☐

☐ Regulamin kształcenia
zdrowotnych

☐

Dokumenty potwierdzające uprawnienia do udzielania świadczeń

☐

Dokumenty potwierdzające kwalifikacje
kierownika naukowego i wykładowców
zawodach lekarza i lekarza dentysty

☐

Zaświadczenie o wpisie do rejestru w przypadku, o którym
mowa w art. 19c ust. 1a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

☐ Informacja zgodna z wymogami formalnymi	Uwagi / brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)
☐ Informacja niezgodna z wymogami formalnymi	
☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty	
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek w okręgowej izbie lekarskiej / Naczelnej Izbie Lekarskiej)	

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej*:

☐

Akceptuję złożoną informację o planowanej formie ustawicznego rozwoju zawodowego i potwierdzam
wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Rady Lekarskiej w

/ Naczelnej Rady Lekarskiej*, nr wpisu.....

☐

Nie akceptuję złożonej informacji o planowanej formie ustawicznego rozwoju zawodowego.

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis przewodniczącego komisji / dyrektora)

Wpisano informację o formie kształcenia do rejestru okręgowej rady lekarskiej

pod nr

.....
(data)

.....
(podpis pracownika)

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Niepotrzebne skreślić.

80 – Naczelna Rada Lekarska