

**WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW  
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
W ZWIĄZKU ZE ZMIANĄ WARUNKÓW KSZTAŁCENIA  
PRZEZ ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA WPISANEGO DO REJESTRU  
DO**

.....  
OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA / NACZELNA IZBA LEKARSKA

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

□□ - □□□□□□□□ - □□□□ - □□□□□

**Planowany okres i obszar kraju na którym jest prowadzone kształcenie – wpisane do rejestru**

Kształcenie będzie prowadzone w okresie

– data rozpoczęcia pierwszego szkolenia

– data zakończenia ostatniego szkolenia

Obszar kraju:

**Przewidywane zmiany dotyczące przedmiotu i zakresu oraz form realizacji planu kształcenia – wpisane do rejestru**

Przewidywane zmiany w przedmiocie i zakresie 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 potwierdzenia uczestnictwa i ukończenia kształcenia – uwzględniający udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwo i ukończenie przez lekarza lub lekarza dentystę określonej formy kształcenia

Załączono dokumenty uzupełniające ww. informacje

**Dane dotyczące osób przewidywanych jako nowa 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**

.....  
.....

**Inne dane**

Jeżeli przewidywane zmiany dotyczą:

- bazy dydaktycznej
- uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych

należy załączyć dokumenty potwierdzające zmianę danych

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis