**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*

|  |
| --- |
|  |

***2) Charakter (rodzaj) kursu:***

*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu*

specjalizacyjny

specjalizacyjny wprowadzający

specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący

specjalizacyjny zalecany/fakultatywny

specjalizacyjny jednolity

***Przeznaczony:***

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

***3) Przeznaczenie kursu:***

*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu i podać nazwę specjalizacji*

**a)** Kurs specjalizacyjny dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się według poprzednich

programów specjalizacji (*zakwalifikowani do specjalizacji* ***przed*** *01.10.2014r*.) w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

**b)** Kurs specjalizacyjny dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się według modułowych

programów specjalizacji (*zakwalifikowani do specjalizacji* ***po*** *01.10.2014r*.) w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

**c)** Kurs specjalizacyjny dla lekarzy objęty programem modułu podstawowego:

*proszę wpisać nazwę modułu podstawowego*

|  |
| --- |
|  |

*proszę wstawić „X” w odpowiednim miejscu i określić adresata*

**d)** Kurs specjalizacyjny jednolity dla lekarzy różnych specjalności:

Kurs specjalizacyjny jednolity dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się według

poprzednich programów specjalizacji (*zakwalifikowani do specjalizacji* ***przed*** *01.10.2014r*.)   
 w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

Kurs specjalizacyjny jednolity dla lekarzy/lekarzy dentystów specjalizujących się według

modułowych programów specjalizacji (*zakwalifikowani do specjalizacji* ***po***  *01.10.2014r*.)  
 w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

***4) Kurs organizowany przez CMKP:***

*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu*

Tak

Nie

***5) Nazwa i siedziba jednostki organizującej kurs:***

Jednostka nadrzędna (np. Uniwersytet, Instytut, CMKP, inne)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Adres

|  |
| --- |
|  |

Dane kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail, inne)

|  |
| --- |
|  |

***6) Miejsce realizacji kursu:***

Nazwa miejsca realizacji

|  |
| --- |
|  |

Adres

|  |
| --- |
|  |

***7) Kierownik naukowy kursu:***

Imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

Tytuł naukowy, stopień naukowy, tytuł zawodowy:

|  |
| --- |
|  |

Posiadane kwalifikacje:

|  |
| --- |
|  |

***Kierownik administracyjny kursu:***

Imię i nazwisko:

|  |
| --- |
|  |

***8) Termin kursu:***

*proszę wpisać termin w odpowiednie rubryki*

1. **kurs ciągły:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **od** |  |  | **-** |  |  | **do** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |

*dzień miesiąc dzień miesiąc rok*

**Kolejne edycje kursu – proszę wpisać terminy według powyższego schematu (posługując się przyciskiem „Tab”)**

**b) kurs nieciągły (realizowany w kilku częściach lub terminach):**

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

Proszę podać poszczególne terminy. Jeżeli w programie specjalizacji kurs podzielony jest na części proszę również podać numer i tytuł części.

**Termin 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **od** |  |  | **-** |  |  | **do** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |

*dzień miesiąc dzień miesiąc rok*

*proszę podać numer i tytuł części, jeżeli jest określony w programie specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**Termin 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **od** |  |  | **-** |  |  | **do** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |

*dzień miesiąc dzień miesiąc rok*

*proszę podać numer i tytuł części, jeżeli jest określony w programie specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**Termin 3:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **od** |  |  | **-** |  |  | **do** |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |

*dzień miesiąc dzień miesiąc rok*

*proszę podać numer i tytuł części, jeżeli jest określony w programie specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**Kolejne edycje kursu - proszę wpisać terminy według powyższego schematu**

***9) Liczba dni kursu:***

*proszę wpisać zgodnie z wymaganiami w programie specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

***10) Liczba godzin dydaktycznych kursu:***

*proszę wpisać zgodnie z wymaganiami w programie specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

***11) Planowana liczba uczestników kursu:***

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

***12) Zgłoszenia na kurs:***

*proszę wpisać formę przyjmowania zgłoszeń na kurs*

Faxem – numer faxu:

|  |
| --- |
|  |

Pocztą elektroniczną – adres e-mail:

|  |
| --- |
|  |

Pocztą zwykłą – adres pocztowy:

|  |
| --- |
|  |

Na formularzach zgłoszeniowych pobranych ze strony jednostki zgłaszającej:

*proszę wpisać adres strony*

|  |
| --- |
|  |

***13) 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

***14) Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych:***

*proszę wstawić „X” w odpowiednim miejscu 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

***15) Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników kursu:***

*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu*

Ankieta

Inne (jakie?)

*proszę podać sposób oceny*

|  |
| --- |
|  |

**PROGRAM KURSU**

**I. Tytuł kursu:**

*proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**II. Cel kursu:**

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**III. Wymagane kwalifikacje uczestników kursu:**

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**IV. Zakres tematyczny oraz treść zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych kursu:**

*proszę wpisać zgodnie z wymaganiami programu specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**V. Szczegółowy program kursu:**

*proszę w załączeniu dołączyć szczegółowy program kursu (wzór w załączeniu)*

**UWAGA:**

**Punkty od VI do X dotyczą tylko kursów specjalizacyjnych trwających dłużej niż pięć dni.**

**VI. Tryb kursu:**

*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu*

Stacjonarny

Online

Inny (jaki?)

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**VII. Okres i sposób realizacji programu kursu:**

*proszę wpisać*

|  |  |
| --- | --- |
| Temat zajęć | Metoda dydaktyczna (wykłady, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, inne) |
|  |  |
|  |  |

**VIII. Kwalifikacje kadry dydaktycznej:**

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**IX. Charakterystyka bazy dydaktycznej i zajęć praktycznych:**

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**X. Regulamin kursu specjalizacyjnego określający:**

*proszę przesłać jako załącznik, który będzie zawierał wszystkie poniżej wymienione punkty*

a) sposób organizacji kursu szkoleniowego,

b) zasady i sposób naboru uczestników kursu,

c) wzór karty przebiegu kursu,

d) prawa i obowiązki uczestników kursu,

e) zakres obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne,

f) sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych,

g) sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników.

Pieczęć jednostki szkolącej

|  |
| --- |
|  |

Kierownik jednostki szkolącej Kierownik naukowy kursu

podpis i pieczęć podpis i pieczęć

**Data:**

***SZCZEGÓŁOWY PROGRAM KURSU*** (wzór)

**Tytuł kursu:**

*proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat wykładu lub innych zajęć** | **Tytuł, imię i nazwisko wykładowcy** | **Liczba  godzin** |
| 1. . |  |  |  |
| 1. . |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **...** | Zaliczenie kursu |  |  |
| **Razem** | | |  |
|  | | |  |
| **Lp.** | **Zajęcia praktyczne / Ćwiczenia** | **Tytuł, imię i nazwisko prowadzącego** | **Liczba  godzin** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| **...** |  |  |  |
| **Razem** | | |  |
| **Łącznie liczba godzin kursu** | | |  |

***Opinia konsultanta krajowego***

**Dotyczy kursu:**

*proszę wpisać tytuł kursu*

|  |
| --- |
|  |

**Tytuł, imię i nazwisko konsultanta:**

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**Konsultant krajowy w dziedzinie:**

*proszę wpisać nazwę dziedziny*

|  |
| --- |
|  |

**Charakter (rodzaj) kursu:**

*proszę wstawić „*X” *w odpowiednim miejscu*

specjalizacyjny

specjalizacyjny wprowadzający

specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący

specjalizacyjny zalecany/fakultatywny

specjalizacyjny jednolity

**Przeznaczony:**

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

*proszę wpisać nazwę specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**Opinia konsultanta:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:**  podpis i pieczęć konsultanta