

**WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW  
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
PRZEZ ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA**

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

DO .....

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA / NACZELNA IZBA LEKARSKA

**Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek**

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
Miejscowość	Telefon Faks	e-mail

**Planowany okres i obszar kraju na którym przewidywane jest prowadzenie kształcenia**

Kształcenie będzie prowadzone w okresie

– data rozpoczęcia pierwszego szkolenia

– data zakończenia ostatniego szkolenia

---

Obszar kraju:

**Osoby odpowiedzialne / osoba odpowiedzialna za ustalenia planu kształcenia (programu)  
– rada naukowa / kierownik programu**

Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy		Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje		Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce		Staż pracy w dydaktyce	

  

Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy		Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje		Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Nauczyciel akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce		Staż pracy w dydaktyce	

**W przypadku większej liczby osób informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wystąpienia.**

**Plan kształcenia – zadanie dydaktyczne do wykonania w określonym czasie obejmujące zakres wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentystry**

Cel (cele) kształcenia – uwzględniający podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy lub lekarzy dentystry w określonej dziedzinie medycyny i zakresie danej dziedziny zgodnie z postępem nauk medycznych

---

Przedmiot i zakres kształcenia – uwzględniający wybrany zakres wiedzy lub umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny wynikających z wiarygodnych danych naukowych

---

Wymienić formę lub formy kształcenia i ich przewidywaną liczbę (zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystry)

---

Dla jakiej grupy lekarzy przeznaczona jest dana forma kształcenia? Kwalifikacje jakie powinni posiadać lekarze lub lekarze dentyści uczestniczący w planowanych formach kształcenia

Sposób (sposoby) weryfikacji wyników kształcenia. Należy podać planowaną, udokumentowaną formę sprawdzianu nabytej wiedzy uczestników danej formy kształcenia. *(Nie dotyczy: zjazdów, konferencji, kongresów, sympozjów, posiedzeń naukowych)*

Sposób potwierdzenia uczestnictwa i ukończenia kształcenia – uwzględniający udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwa i ukończenia przez lekarza lub lekarza dentystę określonej formy kształcenia

**Dane dotyczące osób przewidywanych jako 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**

.....  
.....

## Dane dotyczące bazy dydaktycznej

Opis posiadanej lub będącej w dyspozycji bazy do realizacji programu kształcenia spełniającej wymogi współczesnej dydaktyki

## Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

Opis planowanego systemu oceny jakości zrealizowanego kształcenia, w zakresie przewidywanych jego form, prowadzonego przez radę programową / kierownika programu

Narzędzia oceny jakości kształcenia .....

.....

Metody oceny jakości kształcenia .....

.....

Podać sposób .....

.....

.....

## Uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych (w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych objętych programem)

Czy organizator kształcenia przewiduje formę kształcenia (zdarzenie edukacyjne) objęte programem kształcenia w ramach której będą prowadzone zajęcia praktyczne z udziałem pacjenta

NIE |  TAK

Wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (rejestr wojewody)

Wpis do rejestru praktyk lekarskich (rejestr izby lekarskiej)

Umowa najmu / podnajmu / użyczenia komórki organizacyjnej zoz na okres kształcenia

Osoby prowadzące kształcenie praktyczne będą posiadały prawo wykonywania zawodu i właściwą specjalizację

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis