

**Informacje**

**wymagane w celu uzyskania wpisu na listę**

***kursów doskonalących***

**prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia pracownik CMKP** | |
| Data wpłynięcia wniosku |  |
| Nadany numer |  |

***1) Tytuł kursu (proszę wpisać tytuł kursu doskonalącego):***

|  |
| --- |
|  |

***2) Charakter kursu (proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu)***

**a)** Kurs doskonalący dla lekarzy specjalizujących się w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

*proszę wpisać nazwę specjalizacji*

**b)** Kurs doskonalący zalecany przez konsultanta krajowego**\*** dla lekarzy specjalizujących się   
w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

*proszę wpisać nazwę specjalizacji*

**c)** Kurs doskonalący w ramach kształcenia ustawicznego dla lekarzy podczas specjalizacji i/lub dla lekarzy specjalistów w zakresie:

|  |
| --- |
|  |

*proszę wpisać nazwę specjalizacji*

***3) Kurs organizowany przez CMKP (proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu):***

Tak

Nie

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Adres i dane kontaktowe

|  |
| --- |
|  |

***5) Miejsce realizacji kursu:***

Nazwa miejsca realizacji kursu stacjonarnego:

|  |
| --- |
|  |

Adres / Adres platformy e-learningowej:

|  |
| --- |
|  |

***6) Kierownik naukowy kursu:***

Imię i nazwisko, tytuł naukowy, stopień naukowy, tytuł zawodowy:

|  |
| --- |
|  |

Posiadane kwalifikacje:

|  |
| --- |
|  |

***Kierownik administracyjny kursu:***

Imię i nazwisko, tytuł naukowy, stopień naukowy, tytuł zawodowy:

|  |
| --- |
|  |

***7) Forma kursu (*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu):**

Stacjonarny/streaming

e-learning

hybrydowy

inna (jaka?)

***8) Termin kursu:***

*proszę wpisać termin w odpowiednie rubryki*

**a) 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:**

**Termin 1:**

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

*dzień miesiąc dzień miesiąc rok*

**Termin 2:**

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

*dzień miesiąc dzień miesiąc rok*

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

UWAGA: Do zaliczenia kursu wymagane jest uczestnictwo we wszystkich wymienionych terminach.

***9) Liczba dni kursu (****proszę wpisać):*

|  |
| --- |
|  |

***10) Liczba godzin dydaktycznych kursu (****proszę wpisać):*

|  |
| --- |
|  |

***11) Planowana liczba uczestników kursu (****proszę wpisać):*

|  |
| --- |
|  |

***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 wpisać):***

|  |
| --- |
|  |

***15) Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników kursu (proszę wpisać – w przypadku kursów organizowanych przez CMKP zgodnie z obowiązującym zarządzeniem)***

|  |
| --- |
|  |

**PROGRAM KURSU**

**I. Tytuł kursu:**

*proszę wpisać tytuł kursu*

|  |
| --- |
|  |

**II. Zakres tematyczny oraz sposób realizacji kursu (program):**

*proszę wpisać*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Temat zajęć | Metoda dydaktyczna (wykłady, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, dyskusja, seminarium (webinarium), konsultacje, inne) | Prowadzący |
| DATA | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| DATA | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| DATA | | |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

Pieczęć jednostki szkolącej

|  |
| --- |
|  |

Kierownik jednostki szkolącej Kierownik naukowy kursu

podpis i pieczęć podpis i pieczęć, data

***Opinia konsultanta krajowego***

***(dotyczy tylko kursów o charakterze doskonalącym zalecanym)***

**Dotyczy kursu:**

*proszę wpisać tytuł kursu*

|  |
| --- |
|  |

**Tytuł, imię i nazwisko konsultanta:**

*proszę wpisać*

|  |
| --- |
|  |

**Konsultant krajowy w dziedzinie:**

*proszę wpisać nazwę specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**Charakter kursu:**

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

doskonalący zalecany

**Przeznaczony:**

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

*proszę wpisać nazwę specjalizacji*

|  |
| --- |
|  |

**Opinia konsultanta:**

|  |
| --- |
|  |

**Data:** podpis i pieczęć konsultanta