

**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. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według programów 2014 i 2023 proszę podać oba.)

***2. Charakter (rodzaj) kursu*** *(*proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

specjalizacyjny wprowadzający

specjalizacyjny

specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący

specjalizacyjny zalecany/fakultatywny

specjalizacyjny jednolity

***2a. Przeznaczony*** *(*proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

***3. Przeznaczenie kursu*** *(*proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu i podać nazwę specjalizacji):

1. Kurs specjalizacyjny w zakresie

modułu podstawowego

modułu specjalistycznego

programu jednolitego

dla osób zakwalifikowanych do specjalizacji do postępowania jesień 2022 w zakresie:

1. Kurs specjalizacyjny w zakresie

modułu podstawowego

modułu specjalistycznego

programu jednolitego

dla osób zakwalifikowanych do specjalizacji od postępowania wiosna 2023 w zakresie:

1. Kurs specjalizacyjny jednolity – (zakwalifikowani do specjalizacji do postępowania jesień 2022) w zakresie:

1. Kurs specjalizacyjny jednolity – (zakwalifikowani do specjalizacji od postępowania wiosna 2023) w zakresie:

***4. Nazwa i siedziba jednostki organizacyjnej lub imię, nazwisko i adres osoby zamierzającej przeprowadzić kurs:***

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

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

Adres i dane kontaktowe:

***4a. Dane kontaktowe, na które CMKP ma przekazać dane osobowe zrekrutowanych na kurs:***

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu na który zostanie przekazane hasło (sms) do zaszyfrowanego pliku:

***5. Miejsce kursu:***

Nazwa miejsca realizacji kursu stacjonarnego:

Adres/adres platformy e-learningowej:

***6. Potwierdzenie uprawnień do prowadzenia kursów specjalizacyjnych:***

Potwierdzam, że jednostka posiada uprawnienia do prowadzenie kursów specjalizacyjnych, zgodnie z art. 19 ust.1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

***7. 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

***8. Kurs organizowany przez CMKP***:

Nie

***9. Termin kursu***:

Termin kursu (DD.MM.RRRR):

1. *kurs ciągły (terminy poszczególnych edycji):*

Liczba dni kursu (*proszę wpisać zgodnie z wymaganiami w programie specjalizacji):*

1. kurs nieciągły (realizowany w kilku częściach lub terminach) (DD.MM.RRRR):

Terminy 1 edycji (DD.MM.RRRR):

Terminy 2 edycji (DD.MM.RRRR):

Liczba dni kursu łącznie we wszystkich terminach (*proszę wpisać zgodnie z wymaganiami w programie specjalizacji):*

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

***10. Liczba osób mogących uczestniczyć w kursie:***

***11. Kierownik naukowy kursu:***

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy, specjalizacja:

***11a. Kierownik administracyjny kursu:***

Imię i nazwisko, kontakt:

***12. Kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej zajęcia teoretyczne i praktyczne na kursie (wymagana specjalizacja, posiadany stopień naukowy lub tytuł naukowy):***

***13. Forma kursu*** *(*proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

stacjonarny

Streaming (wykłady online w czasie rzeczywistym)

e-learning (wykłady nagrane do odtworzenia w dowolnym czasie, wskazanym przez organizatora)

Hybrydowy (część zajęć prowadzona w formie stacjonarnej, część przy wykorzystaniu metod i technik kształcenia na odległość)

inna (jaka?)

***14. Program kursu:***

*a) Cele kursu i oczekiwane wyniki kształcenia:*

zgodny z programem specjalizacji

*b) Wymagane kwalifikacje uczestników kursu(*proszę wpisać nazwę specjalizacji)

osoby z rozpoczętą specjalizacją w dziedzinie

***15. Regulamin kursu specjalizacyjnego określający:***

*a) Sposób organizacji kursu:*

*b) Zasady i sposób naboru uczestników kursu:*

nabór prowadzi CMKP

*c) Wzór karty przebiegu kursu:*

*d) Prawa i obowiązki uczestników kursu:*

*e) Zakres obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i zajęcia praktyczne:*

***16. Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych*** *(*proszę wpisać nazwę specjalizacji)

|  |
| --- |
| Zaliczenie kursu zgodne z wymogami programu specjalizacji z |

***17. Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników kursu***

|  |
| --- |
|  |

***18. Charakterystyka bazy dydaktycznej do zajęć teoretycznych i praktycznych:***

***19. Zgłoszenia na kurs przyjmowane są przez CMKP***

*CMKP zastrzega sobie prawo do odrzucenia wniosku wypełnionego w sposób nieprawidłowy lub nieczytelny oraz nie posiadającego opinii Konsultanta Krajowego.*

*Zeskanowany wniosek należy przesłać na adres* [wnioski@cmkp.edu.pl](mailto:wnioski@cmkp.edu.pl)

Pieczątka jednostki organizacyjnej

*(nie jest wymagana w przypadku podpisania wniosku elektronicznie)*

|  |
| --- |
|  |

……………………………………………. ………………………………………….

Kierownik jednostki szkolącej Kierownik naukowy kursu

data, podpis i pieczątka data, podpis i pieczątka

**SZCZEGÓŁOWY PROGRAM KURSU**

**(*Zakres tematyczny, czas trwania i treść zajęć)***

***Tytuł kursu*** *(*Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według programów 2014 i 2023 proszę podać oba.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| data | tytuł wykładu lub innych zajęć: | tytuł, imię i nazwisko wykładowcy | liczba godz. dyd. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| data | tytuł wykładu lub innych zajęć: | tytuł, imię i nazwisko wykładowcy | liczba godz. dyd. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| data | tytuł wykładu lub innych zajęć: | tytuł, imię i nazwisko wykładowcy | liczba godz. dyd. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Program pozostałych dni kursu według powyższego wzoru (dołączyć jako plik pdf)***

ŁĄCZNIE GODZIN NA KURSIE

***Opinia konsultanta krajowego***

***Tytuł kursu*** *(*Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według programów 2014 i 2023 proszę podać oba.)

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy, Konsultant krajowy w dziedzinie

|  |
| --- |
|  |

Charakter (rodzaj) kursu *(*proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

specjalizacyjny wprowadzający

specjalizacyjny

specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący

specjalizacyjny zalecany/fakultatywny

specjalizacyjny jednolity

*Przeznaczony (*proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

specjalizujących się w zakresie *(*proszę wpisać nazwę specjalizacji):

|  |
| --- |
|  |

***Opinia konsultanta:***

|  |
| --- |
| ***Zatwierdzam*** pod względem merytorycznym program kursu |

podpis i pieczątka konsultanta

|  |
| --- |
| ***Nie zatwierdzam*** pod względem merytorycznym programu kursu |

podpis i pieczątka konsultanta