



Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Informacje wymagane w celu uzyskania
wpisu na listę kursów specjalizacyjnych
objętych programem specjalizacji
prowadzoną przez
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Wypełnia pracownik CMKP	
Data wpłynięcia wniosku do CMKP	
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 (kurs wspólny dla wielu specjalizacji)

Przeznaczony (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

- ☐ dla lekarzy
- ☐ dla lekarzy dentyków

3. Przeznaczenie kursu

a) Kurs specjalizacyjny w zakresie:

- ☐ modułu podstawowego
- ☐ modułu specjalistycznego
- ☐ programu jednolitego (specjalizacje bez podziału na moduł podstawowy i specjalistyczny)

dla osób zakwalifikowanych do specjalizacji

- ☐ do postępowania jesień 2022
- ☐ od postępowania wiosna 2023

w dziedzinie/zakresie (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu i podać nazwę specjalizacji):

4. Forma kursu (proszę zaznaczyć w odpowiednim miejscu)

- ☐ stacjonarna
- ☐ Streamingowa (wykłady e-learningowe w czasie rzeczywistym)
- ☐ e-learningowa (wykłady e-learningowe, nagrane do odtworzenia w dowolnym czasie, wskazanym przez organizatora)
- ☐ Hybrydowa (część zajęć prowadzona w formie stacjonarnej, część przy wykorzystaniu metod i technik kształcenia na odległość)
- ☐ inna (jaka?)

5. Organizator kursu - nazwa i siedziba jednostki organizacyjnej (w tym nr tel. i adres e-mail):

Jednostka nadrzędna:

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

Adres i dane kontaktowe:

5a. 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:

6. Miejsce kursu (np. adres, sala, piętro, wejście nr...):

7. Potwierdzenie uprawnień do prowadzenia kursów specjalizacyjnych:

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

8. 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

9. Kurs organizowany przez CMKP

☒ Nie

10. Termin kursu: (terminy poszczególnych edycji):

(DD.MM.RRRR):

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

11. Liczba osób mogących uczestniczyć w kursie (na kursie streamingowym plan to min 25 osób):

12. Kierownik naukowy kursu:

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy, posiadana specjalizacja:

13. Kierownik administracyjny kursu:

Imię i nazwisko, kontakt:

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

15. Program kursu:

a) Cele kursu i oczekiwane wyniki kształcenia (proszę wpisać nazwę specjalizacji):

zgodny z programem specjalizacji w dziedzinie

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

osoby z rozpoczętą specjalizacją w dziedzinie

16. 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:

17. Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych (proszę wpisać nazwę specjalizacji):

Zaliczenie kursu zgodne z wymogami programu specjalizacji w dziedzinie

18. Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników kursu

19. Charakterystyka bazy dydaktycznej do zajęć teoretycznych i praktycznych:

20. Zgłoszenia na kurs przyjmowane są przez CMKP

.....
Kierownik jednostki szkolącej
czytelny podpis i data

.....
Kierownik naukowy kursu
czytelny podpis i data

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

Zeskanowany wniosek należy przestać na adres wnioski@cmkp.edu.pl

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.

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.)

--

Konsultant krajowy

w dziedzinie

imię, nazwisko, tytuł naukowy

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 pieczęć konsultanta

Nie zatwierdzam pod względem merytorycznym programu kursu (załączam uzasadnienie)

podpis i pieczęć konsultanta