

**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 modułowego jak i dotychczasowego systemu specjalizacji, a tytuły kursów są różne – proszę podać oba.)

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

specjalizacyjny wprowadzający

specjalizacyjny

specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący

specjalizacyjny zalecany

specjalizacyjny fakultatywny

specjalizacyjny jednolity

***2a. Przeznaczony:***

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

***3. Przeznaczenie kursu*** *(*proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu i podać nazwę specjalizacji):

1. Kurs specjalizacyjny - według poprzednich programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014r.) w zakresie:

b) Kurs specjalizacyjny - według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 01.10.2014r.) w zakresie:

c) Kurs specjalizacyjny - objęty programem modułu podstawowego (proszę wpisać nazwę modułu podstawowego):

d) Kurs specjalizacyjny jednolity - różne specjalności:

Kurs specjalizacyjny jednolity – dla specjalizujących się według poprzednich programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji przed 01.10.2014r.) w zakresie:

Kurs specjalizacyjny jednolity – dla specjalizujących się według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 01.10.2014r.) w zakresie:

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

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

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

Adres i dane kontaktowe:

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

Tak

Nie

***9. Termin i miejsce kursu*** *(*proszę wpisać termin w odpowiednie rubryki):

Termin kursu:

1. *kurs ciągły:*

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

dzień miesiąc dzień miesiąc rok

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

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

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

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

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:

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

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

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

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy:

Posiadana 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 wpisać „X” 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:*

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 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

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

*CMKP zastrzega sobie prawo do nie przyjęcia 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 szkolącej

|  |
| --- |
|  |

……………………………………………. ………………………………………….

Kierownik jednostki szkolącej Kierownik naukowy kursu

podpis i pieczątka podpis i pieczątka

Data:

**SZCZEGÓŁOWY PROGRAM KURSU (*Zakres tematyczny, czas trwania i treść zajęć teoretycznych i praktycznych)***

***Tytuł kursu*** *(*Proszę wpisać tytuł kursu zgodnie z jego brzmieniem w programie specjalizacji. Jeżeli kurs przeznaczony jest zarówno dla lekarzy specjalizujących się według modułowego jak i dotychczasowego systemu specjalizacji, a tytuły kursów są różne – proszę podać oba.)

Dzień 1 – data:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | tytuł wykładu lub innych zajęć | tytuł, imię i nazwisko wykładowcy | liczba godz. dydaktycznych stacjonarnych | liczba godz. dydaktycznych e-learning | metoda dydaktyczna[[1]](#footnote-1)\* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

Dzień 2 – data:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | tytuł wykładu lub innych zajęć | tytuł, imię i nazwisko wykładowcy | liczba godz. dydaktycznych stacjonarnych | liczba godz. dydaktycznych e-learning | metoda dydaktyczna\* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |

ŁĄCZNIE GODZIN NA KURSIE:….

***Program pozostałych dni kursu według powyższego wzoru.***

***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 modułowego jak i dotychczasowego systemu specjalizacji, a tytuły kursów są różne – proszę podać oba):

|  |
| --- |
|  |

Konsultant krajowy w dziedzinie:

|  |
| --- |
|  |

Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy:

|  |
| --- |
|  |

Charakter (rodzaj) kursu:

proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu

specjalizacyjny wprowadzający

specjalizacyjny

specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący

specjalizacyjny zalecany

specjalizacyjny fakultatywny

specjalizacyjny jednolity

*Przeznaczony:*

dla lekarzy

dla lekarzy dentystów

specjalizujących się w zakresie:

proszę wpisać nazwę specjalizacji

|  |
| --- |
|  |

***Opinia konsultanta:***

|  |
| --- |
|  |

Data: podpis i pieczątka konsultanta

1. \* wykłady, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, seminarium (webinarium), dyskusja, konsultacje, inne [↑](#footnote-ref-1)