



CENTRUM MEDYCZNE  
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

**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/fakultatywny
- specjalizacyjny jednolity

**2a. Przeznaczony:**

- dla lekarzy
- dla lekarzy dentyków

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

- a) 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, 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 prowadzenia 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 kursu:**

Termin kursu (DD.MM.RRRR):

a) **kurs ciągły (terminy poszczególnych edycji):**

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

b) **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:

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 wybrać jedną z opcji):

- 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 wybrać jedna z opcji 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**

**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 przesać na adres [wnioski@cmkp.edu.pl](mailto:wnioski@cmkp.edu.pl)*

Pieczętka jednostki organizacyjnej  
(nie jest wymagana w przypadku podpisania wniosku elektronicznie)

.....  
Kierownik jednostki szkolącej  
data, podpis i pieczętka

.....  
Kierownik naukowy kursu  
data, podpis i pieczętka









### 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):

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

Charakter (rodzaj) kursu:

proszę wpisać „X” w odpowiednim miejscu

- specjalizacyjny wprowadzający
- specjalizacyjny
- specjalizacyjny atestacyjny/podsumowujący
- specjalizacyjny zalecany/fakultatywny
- specjalizacyjny jednolity

Przeznaczony:

- dla lekarzy
- dla lekarzy dentystów

specjalizujących się w zakresie:

proszę wpisać nazwę specjalizacji

**Opinia konsultanta:**

podpis i pieczętka konsultanta