



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 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 dentyków

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

a) Kurs specjalizacyjny w zakresie

- modułu podstawowego
- modułu specjalistycznego
- programu jednolitego

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

b) Kurs specjalizacyjny w zakresie

- modułu podstawowego
- modułu specjalistycznego
- programu jednolitego

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

- c) Kurs specjalizacyjny jednolity – (zakwalifikowani do specjalizacji do postępowania jesień 2022) w zakresie:

- d) 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 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:**

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, 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 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 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 dentyków

specjalizujących się w zakresie (proszę wpisać nazwę specjalizacji):

**Opinia konsultanta:**

podpis i pieczęć konsultanta