

IGAZOLÁS FELÜGYELET MELLETTI TEVÉKENYSÉGET VÉGZŐ SZEMÉLY részére
a kiegészítő gyakorlati továbbképzés teljesítéséhez

(Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011 (XI. 29.) NEFMI rendelet 10 § (5) bekezdése szerint, aki a továbbképzési időszak alatt a szükséges gyakorlati pontokat nem szerezte meg, a gyakorlati rész teljesítését 1-3 hónapig tartó, felügyelet mellett végzett kiegészítő gyakorlati továbbképzéssel pótolhatja. Az így teljesített gyakorlati idő értéke havonta 20 pont.)

A felügyelet mellett végzett kiegészítő gyakorlatot teljesítő adatai:

Név: _____ Születési név: _____

Születési hely, idő: _____ Anyja születési neve: _____

Szakképesítés, amelyre a továbbképzési pontok összesítését kéri: _____

Alapnyilvántartási szám: _____ **Munkakör:** _____

Levelezési cím: _____

Telefon: _____ **E-mail:** _____

Felügyelettel kapcsolatos adatok:

A felügyelt egészségügyi tevékenység megnevezése: _____

Felügyelt tevékenységgyakorlás kezdete és vége: _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)-tól
_____ (év) _____ (hó) _____ (nap)-ig

Felügyelt tevékenységgyakorlás helye és címe: _____

Szakterület megnevezése: _____

Felügyeletet ellátó személy adatai: *

Név: _____ Alapnyilvántartási szám: _____

Szakképesítés megnevezése: _____

Beosztás: _____ **Munkakör:** _____

(* A hivatkozott rendelet 10 § (6) bekezdése szerint a felügyeletet ellátó személy a tevékenységéért havonta 5 szabadon választható elméleti továbbképzési pontra jogosult. A felügyeletért legfeljebb két fő jogosult a meghatározott elméleti továbbképzési pontra.)

Alulírott _____ (név) a _____

_____ (munkahely/beosztás)-a igazolom, hogy a _____

(kérelmező) _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)-tól _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)-ig

_____ órában _____ munkakörben felügyelet mellett végzett kiegészítő gyakorlatot

teljesítette. **Az így teljesített gyakorlati idő értéke havonta 20 pont.**

Teljesített gyakorlati pontok száma: _____

Kelt: _____, _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

Felölősségem tudatában kijelentem, hogy az adatlapon közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Felügyelt személy aláírása: _____

Felügyeletet ellátó személy aláírása: _____

Munkáltató aláírása: _____