



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
- ☐ specjalizacyjny fakultatywny
- ☐ specjalizacyjny jednolity

**2a. Przeznaczony:**

- ☐ dla lekarzy
- ☐ dla lekarzy dentystów

**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, 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 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 i miejsce kursu** (proszę wpisać termin w odpowiednie rubryki):

Termin kursu:

a) 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):

b) 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

☐

e-learning

☐

hybrydowy

☐

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

Pieczętka jednostki szkolącej

|  |
|--|
|  |
|--|

.....  
Kierownik jednostki szkolącej  
podpis i pieczętka

.....  
Kierownik naukowy kursu  
podpis i pieczętka

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    |                                |                                   |                                          |                                       |                     |
| 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:....

\_\_\_\_\_

\* wykłady, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, seminarium (webinarium), dyskusja, konsultacje, inne

**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 pieczęć konsultanta