**REGULAMINU KURSU SPECJALIZACYJNEGO  
pt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**stanowiący załącznik do wniosku „*Informacje wymagane w celu uzyskania wpisu na listę kursów specjalizacyjnych objętych programem specjalizacji prowadzoną przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego”***

**Pkt 15 a) Sposób organizacji kursu**

§1

Organizatorem kursu jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Centrum Kształcenia Podyplomowego we współpracy z \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nazwa jednostki prowadzącej kurs*) zwanym dalej „Współorganizatorem”.

§2

1. Za właściwą organizację kursu odpowiedzialny jest kierownik naukowy kursu.
2. W celu potwierdzenia realizacji kursu sporządza się kartę przebiegu kursu według załączonego wzoru (zał. 1).

§3

1. Kurs prowadzony będzie w systemie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ciągłym/nieciągłym*).

2. Edycja kursu obejmuje \_\_\_\_\_ dni i trwa \_\_\_\_\_ godzin dydaktycznych.

§4

1. Kurs przeznaczony jest dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*lekarzy/lekarzy dentystów*), którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*przed 01.10.2014 / po 01.10.2014*) roku.
2. Liczba uczestników kursu wynosi maksymalnie \_\_\_\_\_ osób.

§5

1. Uczestniczenie we wszystkich zajęciach kursu jest obowiązkowe oraz zostaje odnotowane na imiennej liście obecności uczestników kursu.
2. Uczestnicy potwierdzają swoją obecność własnoręcznym podpisem każdego dnia trwania kursu.

§6

Zajęcia dydaktyczne odbywają się w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*siedzibie Współorganizatora kursu/Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*).

**Pkt 15 b) Zasady i sposób naboru uczestników kursu**

§7

1. Informacja o naborze uczestników zamieszczona jest na stronach internetowych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

§8

1. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest przesłanie formularza zgłoszenia przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*lekarza/lekarza dentystę)* nie później niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem kursu.
2. W przypadku braku wystarczającej liczby chętnych zgłoszenia będą przyjmowane do dnia poprzedzającego planowane rozpoczęcie kursu.
3. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego dokonuje kwalifikacji uczestników oraz wysyła   
   w postaci elektronicznej do Współorganizatora listę osób zakwalifikowanych.
4. Osoby zakwalifikowane zostają powiadomione poprzez wiadomość e-mail o terminie, miejscu i godzinie rozpoczęcia kursu.

**Pkt 15 c) Wzór karty przebiegu kursu w załączeniu.**

**Pkt 15 d) Prawa i obowiązki uczestników kursu**

§9

Osoby odbywające szkolenie mają prawo do:

1. Uzyskania informacji o kadrze wykładowców;
2. Zgłaszania uwag na temat organizacji kursu, sposobu prowadzonych zajęć, doboru kadry wykładowców oraz innych istotnych uwag związanych z realizacją szkolenia;
3. Kontynuowania szkolenia, w przypadku uzasadnionej i usprawiedliwionej na piśmie nieobecności na zajęciach, nie dłuższej jednak niż 10% czasu trwania kursu.

§10

1. Do obowiązków osób odbywających szkolenie należy:
2. Przestrzeganie regulaminu kursu;
3. Uczestniczenie we wszystkich zajęciach objętych programem;
4. Dbanie o bezpieczeństwo własne i pozostałych uczestników oraz przestrzeganie przepisów BHP;
5. Powiadomienie jednostki organizującej kurs o przyczynie nieobecności.
6. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności, uczestnik zostaje skreślony z listy uczestników.

**Pkt 15 e) Zakres obowiązków prowadzących zajęcia dydaktyczne**

§11

Wykładowcy prowadzący zajęcia dydaktyczne zobowiązani są do:

1. Przeprowadzenia zajęć w wyznaczonym terminie, miejscu i czasie;
2. Przeprowadzenie zajęć zgodnie z wymogami przedstawionego programu nauczania;
3. Stosowania w trakcie prowadzenia zajęć różnorodnych form i środków nauczania;
4. Opracowania pytań w celu sprawdzenia efektów nauczania;
5. W przypadku nagłej sytuacji, która uniemożliwia przeprowadzenie zajęć, wykładowca powinien niezwłocznie powiadomić jednostkę, która organizuje kurs lub zorganizować właściwe zastępstwo na czas nieobecności.

**Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych**

§12

1. W celu sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych uczestników na zakończenie kursu przeprowadza się \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(kolokwium/sprawdzian)*w formie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
2. Do zaliczenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(kolokwium/sprawdzianu)* wymagane jest uzyskanie \_\_\_\_\_\_\_ % prawidłowych odpowiedzi.
3. Po zakończeniu końcowego kolokwium i weryfikacji osiągniętych przez uczestników wyników sporządza się protokół, do którego dołącza się listę uczestników kursu wraz   
   z przyporządkowanymi numerami wydanych zaświadczeń (zał.2).

§13

1. Uczestnik, po uzyskaniu pozytywnego wyniku kolokwium końcowego otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu, sporządzone według wzoru podanego na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (zał.3).
2. Zaświadczenie ukończenia kursu wydaje jednostka organizująca kurs specjalizacyjny.
3. Zalecane jest, aby zaświadczenia poświadczone były podpisem zarówno kierownika naukowego kursu, jak i kierownika jednostki, w której kurs był przeprowadzany.

§14

Duplikat zaświadczenia, na prośbę uczestnika kursu, wydaje Współorganizator na podstawie prowadzonego centralnego rejestru zaświadczeń, z oznaczeniem daty oraz osoby, która sporządziła duplikat.

**Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników**

§15

Metodą ewaluacji kursu będzie wypełnianie anonimowej ankiety po zakończeniu kursu (zał.4-wersja papierowa i zał. 5- wersja elektroniczna).



**Tytuł kursu:**....................................................................................................................................................... ............................. ................................................................................................................................................   
**Numer kursu**......................................................................................................................................................

**DZIEŃ 1 ( *data*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT WYKŁADU** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **WYKŁADOWCA** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **PROWADZĄCY** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

**DZIEŃ 2 ( data)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT WYKŁADU** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **WYKŁADOWCA** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH** | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) | **PROWADZĄCY** | |
| tytuł / stopień naukowy **Imię i Nazwisko** | **Podpis** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | |  |  | |

........................................................... .......................................................................

pieczątka i podpis kierownika jednostki pieczątka i podpis kierownika naukowego kursu



**LISTA UCZESTNIKÓW KURSU WRAZ Z NUMERAMI WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **IMIĘ/IMIONA** | **NAZWISKO** | **NR ZAŚWIADCZENIA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

pieczątka (Zał.3)

organizatora kursu

**ZAŚWIADCZENIE Nr** …./2022o ukończeniu kursu

**Lekarz** …..……………………………………………………………………………………...

**uczestniczył i zaliczył kurs specjalizacyjny**

**Nr kursu:** …………………………………

**Temat kursu**: ………………..…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**Kurs organizowany przez** ….………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

**w czasie od** ………………………………… **do** ......................................................................

**Sposób zaliczenia kursu:** ……………………………………………………………………...

**KIEROWNIK NAUKOWY KURSU**

**KIEROWNIK PLACÓWKI ORGANIZUJĄCEJ KURS**

 (Zał.4)

Tytuł kursu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Numer kursu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Termin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurs przeznaczony dla *lekarzy/ lekarzy dentystów*\* specjalizujących się według *modułowych/dotychczasowych*\* programów specjalizacji w dziedzinie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

przeprowadzony w Klinice/Zakładzie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANKIETA OCENY KOŃCOWEJ KURSU SPECJALIZACYJNEGO**

Prosimy o dokładne wypełnienie niniejszej ankiety. Państwa opinie będą pomocne w dalszym doskonaleniu jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w naszej Uczelni.   
**Wypełniając prosimy postawić w kratce odpowiednią ocenę według następującej skali:**

**1 - bardzo słabo / 2 – dostatecznie / 3 – dobrze / 4 – bardzo dobrze**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANIZACJA KURSU** | **OCENA** |
| Czas trwania kursu |  |
| Rozkład zajęć |  |
| Lokalizacja |  |
| Przygotowanie sal wykładowych |  |
| Dostępność informacji przekazywanych przez organizatora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMATYKA KURSU** | **OCENA** |
| Dobór tematyki poszczególnych zagadnień |  |
| Stopień poszerzenia wiedzy z danego zakresu |  |
| Możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy zawodowej |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCENA WYKŁADOWCY** | | | | | | |
| **Nazwisko i imię wykładowcy (bez tytułów naukowych)** | **Stopień przygotowania** | **Sposób prezentacji** | **Stosowane pomoce dydaktyczne** | **Wartość merytoryczna prezentacji** | **Otwartość na dyskusję i pytania uczestników** | **Punktualność, Strona czasowo-organizacyjna** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Uwaga: dane w szarych polach wypełnia Jednostka przeprowadzająca kurs przed rozdaniem ankiet*** *\* niepotrzebne skreślić*

(Zał. 5)

**ANKIETA OCENY KOŃCOWEJ KURSU SPECJALIZACYJNEGO (WZÓR)**

Tytuł kursu:

Numer kursu:

Termin:

Kurs specjalizacyjny. Kurs przeznaczony dla…………………

Jednostka: Uniwersytet Medyczny w Łodzi;

Miejsce kursu:

Prosimy o dokładne wypełnienie niniejszej ankiety. Państwa opinie będą pomocne w dalszym doskonaleniu jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w naszej Uczelni. Wypełniając prosimy postawić w kratce odpowiednią ocenę według następującej skali: 1 - bardzo słabo / 2 – dostatecznie / 3 – dobrze / 4 – bardzo dobrze

1. ORGANIZACJA KURSU

Czas trwania kursu

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. ORGANIZACJA KURSU

Rozkład zajęć

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. ORGANIZACJA KURSU

Dostępność informacji przekazywanych przez organizatora

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. TEMATYKA KURSU

Dobór tematyki poszczególnych zagadnień

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. TEMATYKA KURSU

Stopień poszerzenia wiedzy z danego zakresu

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. TEMATYKA KURSU  
   Możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy zawodowej

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. Uwagi……………………….
2. OCENA WYKŁADOWCY

Stopień przygotowania  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Sposób prezentacji  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Stosowane pomoce dydaktyczne  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Wartość merytoryczna prezentacji  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Otwartość na dyskusję i pytania uczestników  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.

1. OCENA WYKŁADOWCY

Punktualność, Strona czasowo-organizacyjna  
Imię i nazwisko wykładowcy

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4.