

WNIOSEK O ODBYWANIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

(Wniosek wypełnia się w SMK, uzupełniając dane w odpowiednich rubrykach)

Specjalizacje – wybór miejsca szkoleniowego

Tryb składania wniosku

w ramach bieżącej sesji

w trybie art. 16 ust. 4 ustawy (dr hab./ profesor oraz dorobek naukowy i zawodowy)

Przynależność podmiotu:

Grupa zawodowa:

Dziedzina medycyny

Nowy wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego

Numer wniosku

Przynależność podmiotu:

Województwo:

Grupa zawodowa:

Dziedzina medycyny

Dane osobowe

Imię

Drugie imię

Imię w dopełniaczu

Nazwisko

Nazwisko w dopełniaczu

Miejscowość urodzenia

Kraj urodzenia

Data urodzenia

Płeć

Obywatelstwo

PESEL

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku PESEL)

Nr dokumentu

Kraj wydania

Dokument, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem UE przebywa na terytorium RP

Nr dokumentu

Podmiot wydający dokument

Data wydania dokumentu

Adres

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Adres korespondencyjny (dobrowolne – wypełnia się w przypadku, kiedy korespondencja dotycząca szkolenia specjalizacyjnego ma być kierowana pod inny adres niż adres zamieszkania)

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Kontakt

Telefon (dobrowolne – wypełnia się w przypadku, kiedy wnioskujący wyraża zgodę na kontakt telefoniczny, ze strony podmiotów przeprowadzających kwalifikację i biorących udział w realizacji szkolenia specjalizacyjnego)

Adres e-mail

Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej

Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej

Członek wojskowej/okręgowej izby lekarskiej

Członek wojskowej/okręgowej izby lekarskiej

Prawo do wykonywania zawodu

Numer PWZ

Numer seryjny

Data wystawienia

Podmiot wydający dokument Prawa Wykonywania Zawodu

Lista specjalizacji niezakończonych

Dziedzina medycyny

Stopień specjalizacji

Tryb odbywania

Lista specjalizacji w trakcie

Dziedzina medycyny

Tryb odbywania

Miejsce odbywania specjalizacji

Nazwa podmiotu

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Nazwa jednostki nadrzędnej

Lista posiadanych specjalizacji

Dziedzina medycyny

Stopień specjalizacji

Tryb odbywania

Data uzyskania

Podanie poniższych informacji (dotyczących dyplomu i wyników egzaminu specjalizacyjnego lub PES, w tym informacji, że dyplom potwierdzający uzyskanie specjalizacji był z wyróżnieniem, oraz podanie informacji, że lekarz uzyskał tytuł specjalisty w wyniku złożenia egzaminu europejskiego) jest dobrowolne i dotyczy lekarzy, którzy występują o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim i chcą, aby w postępowaniu kwalifikacyjnym był uwzględniony wynik ich egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES.

Numer dyplomu

Średnia arytmetyczna

Liczba punktów

Dyplom z wyróżnieniem

Egzamin europejski

Zaliczenie modułu podstawowego

Moduł podstawowy zaliczony w ramach papierowej karty specjalizacji

Nazwa zaliczonego modułu podstawowego

Załącznik

Moduł podstawowy zaliczony w EKS

Nazwa zaliczonego modułu podstawowego

Wynik egzaminu LEK/LDEK lub równoważnego

Nie dotyczy

Rodzaj

Data uzyskania

Uzyskane punkty

Wynik procentowy

Punkty możliwe

Pozostałe dane

Posiadany stopień naukowy lub tytuł zawodowy

Miejsce odbywania studiów doktoranckich

Adres miejsca odbywania studiów doktoranckich

Liczba publikacji

Wykaz publikacji

Okres zatrudnienia w jednostce akredytowanej, zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji (dotyczy wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim)

Data zatrudnienia od

Data zatrudnienia do

Zajmowane stanowisko

Miejsce wykonywania zawodu

Adres miejsca wykonywania zawodu

Cyfrowe odwzorowanie zaświadczenia o zatrudnieniu

Wnioskowana podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego (dotyczy wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim)

Wnioskuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego:

- Na podstawie umowy o pracę w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego
- Na podstawie umowy cywilnoprawnej w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego
- W ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów
- Na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy
- Na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania

W ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkole doktorskiej o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce zgodny z zakresem tego kształcenia i w ramach udzielonego płatnego urlopu szkoleniowego albo urlopu bezpłatnego i umowy o szkolenie specjalizacyjne zawartej z jednostką akredytowaną, a po ukończeniu tego kształcenia – w trybie określonym w art. 16h ust. 1 lub ust. 2 pkt 1–4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Wnioskowana podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego (dotyczy wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim)

Oświadczam, że nie rozpocząłem/ęłam szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim

Oświadczam, że nie uzyskałem/am potwierdzenia realizacji programu specjalizacji

Oświadczam, że byłem/am zakwalifikowany/a i rozpocząłem/ęłam szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim razy (należy wybrać liczbę od 1 do 4). Ponownie wnioskuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim ponieważ:

zmieniam szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim na szkolenie specjalizacyjne o innym module podstawowym lub innym module jednolitym (poprzednie szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim odbywałem/am, nie dłużej niż 12 miesięcy).

zmieniam szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim na szkolenie specjalizacyjne o tym samym module podstawowym i mam zrealizowany i zaliczony moduł podstawowy właściwy dla szkolenia specjalizacyjnego, o rozpoczęcie którego wnioskuję.

z przyczyn niezależnych ode mnie zostałem/am skreślony/a z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne z powodu przerwania szkolenia odbywanego w trybie rezydenckim na wniosek kierownika specjalizacji po uzyskaniu opinii właściwego konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny lub konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju oraz właściwej okręgowej izby lekarskiej (art. 16o ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

posiadam orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania dotychczasowej specjalizacji odbywanej w trybie rezydenckim wydane przez lekarza medycyny pracy i dotychczas na podstawie tego orzeczenia nie rozpocząłem/ęłam kolejnego szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim.

Wnioskuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie (dotyczy wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim)

1) Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury

Oświadczenia

Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte w moim profilu użytkownika, a w szczególności dane osobowe dotyczące miejsca pracy, wykształcenia i specjalizacji są aktualne.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Deklaruję, że po zakwalifikowaniu na specjalizację w bieżącym postępowaniu, niezwłocznie zrezygnuję z otwartej specjalizacji i w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania pisemnie poinformuję odpowiedni Urząd Wojewódzki o rezygnacji oraz złożę wnioski o skreślenie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne.

Oświadczam, że nie mam aktualnie otwartej żadnej specjalizacji.

Oświadczam, że nie posiadam specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty.

Oświadczam, że w tym postępowaniu będę wnioskował/a o dwa tryby.

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania się na tryb rezydencki i pozarezydencki wybieram tryb:

Lista jednostek preferowanych

Nazwa jednostki akredytowanej

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Dane podmiotów: nazwa, REGON, NIP, dane adresowe – pole uzupełniane, jeśli podmioty nie znajdują się w SMK

Załączniki

Kopia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

Kopia świadectwa złożenia LEP/LDEP albo LEK/LDEK albo zaświadczenie o ocenach uzyskanych na egzaminie specjalizacyjnym I lub II stopnia lub kopia zaświadczenia o wyniku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) wydanego przez Centrum Egzaminów Medycznych

Kopia dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Kopia zgody konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny wydana w trybie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Kopia zgody pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego

Kopia zgody kierownika szkoły doktorskiej na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkole doktorskiej o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce zgodny z zakresem tego kształcenia i w ramach udzielonego płatnego urlopu szkoleniowego albo urlopu bezpłatnego i umowy o szkolenie specjalizacyjne zawartej z jednostką akredytowaną, a jeżeli lekarz pozostaje w stosunku pracy – również zgoda pracodawcy

Zaświadczenie pracodawcy o wymiarze czasu pracy oraz na jaki okres została zawarta umowa o pracę

Kopia dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych

Kopia potwierdzenia do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do dnia 28 lutego lub do dnia 30 września) udziału w publikacji w czasopiśmie naukowym aktualnego, w dacie opublikowania publikacji naukowej, wykazu czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych).

Kopia zaświadczenia pracodawcy o posiadaniu co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego w ciągu ostatnich pięciu lat, do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do dnia 28 lutego – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 30 września – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października), zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

Zaświadczenie pracodawcy informującego o zajmowanym stanowisku – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych

Kopia zgody przełożonych służbowych wraz z kopią opinii szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej *(dotyczy lekarza i lekarza dentystry będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej)*

Kopia zgody przełożonego albo pracodawcy *(dotyczy lekarza i lekarza dentystry będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych)*