Dane dotyczące bazy dydaktycznej

Opis posiadanej lub będącej w dyspozycji bazy do realizacji programu kształcenia spełniającej wymogi współczesnej dydaktyki

Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

Opis planowanego systemu oceny jakości zrealizowanego kształcenia, w zakresie przewidywanych jego form, prowadzonego przez radę programową / kierownika programu

Narzędzia oceny jakości kształcenia .....

.....

Metody oceny jakości kształcenia .....

.....

Podać sposób .....

.....

.....

Uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych (w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych objętych programem)

Czy organizator kształcenia przewiduje formę kształcenia (zdarzenie edukacyjne) objete programem kształcenia w ramach której będą prowadzone zajęcia praktyczne z udziałem pacjenta

☐ **NIE** | ☐ **TAK**

☐ **Wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (rejestr wojewody)**

☐ **Wpis do rejestru praktyk lekarskich (rejestr izby lekarskiej)**

☐ **Umowa najmu / podnajmu / użyczenia komórki organizacyjne zoz na okres kształcenia**

☐ **Osoby prowadzące kształcenie praktyczne będą posiadały prawo wykonywania zawodu i właściwą specjalizację**

Imie i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data ☐ Podpis ☐

Pantone 319 U

WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW PRZEZ ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA / / ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA WPISANEGO DO REJESTRU*

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

DO .....

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA / NACZELNA IZBA LEKARSKA

Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia

Numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów ORL/NRL
(dotyczy organizatora kształcenia wpisanego do rejestru) ☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐☐

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia *(niedotyczy organizatora kształcenia wpisanego do rejestru)*

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia *(niedotyczy organizatora kształcenia wpisanego do rejestru)*

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy ☐☐-☐☐☐
Miejscowość	Telefon Faks	e-mail

Planowany okres i obszar kraju na którym przewidywane jest prowadzenie kształcenia

Kształcenie będzie prowadzone w okresie
– data rozpoczęcia pierwszego szkolenia ☐
– data zakończenia ostatniego szkolenia ☐

Obszar kraju:

Osoby odpowiedzialne / osoba odpowiedzialna za ustalenia planu kształcenia (programu) – rada naukowa / kierownik programu

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

W przypadku większej liczby osób informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wystąpienia.

Plan kształcenia – zadanie dydaktyczne do wykonania w określonym czasie obejmujące zakres wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentysty

Cel (cele) kształcenia – uwzględniający podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy lub lekarzy dentystów w określonej dziedzinie medycyny i zakresie danej dziedziny zgodnie z postępem nauk medycznych

Przedmiot i zakres planowanego kształcenia – wybrany zakres wiedzy teoretycznej lub/i umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny oparty na wiarygodnych danych naukowych

Wymienić przewidywaną formę lub formy kształcenia i ich planowaną liczbę (*określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów*)

Dla jakiej grupy lekarzy / lekarzy dentystów przeznaczona jest dana forma kształcenia i jakie kwalifikacje powinni posiadać uczestnicząc w planowanych formach kształcenia

Sposób (sposoby) weryfikacji wyników kształcenia. Należy podać planowaną, udokumentowaną formę sprawdzianu nabytej wiedzy uczestników danej formy kształcenia. (*Nie dotyczy: zjazdów, konferencji, kongresów, sympozjów, posiedzeń naukowych*)

Sposób potwierdzenia uczestnictwa i ukończenia kształcenia – uwzględniający udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwo i ukończenie przez lekarza lub lekarza dentystę określonej formy kształcenia

☐ Załączono dokumenty uzupełniające ww. informacje określone odpowiednio w § 3 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. nr 239, poz. 1739).

Kształcenie będzie prowadzone w trybie na odległość w formie:

☐ kurs

☐ program edukacyjny realizowany za pomocą zadań testowych

☐ sieć internetowa z ograniczonym dostępem

☐ program edukacyjny relizowany w formie przekazu telewizyjnego z ograniczonym dostępem

☐ Załączono dokumenty potwierdzające dane określone odpowiednio w § 3 ust. 4, 5 lub 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. nr 239, poz. 1739).

Dane dotyczące osób przewidywanych jako kadra dydaktyczna do realizacji form kształcenia określonych planem (programem) lub do nadzoru nad kształceniem prowadzonym w określonej formie

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Nauczyciel akademicki	tak ☐ nie ☐
Staż pracy w dydaktyce	

W przypadku większej liczby osób informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wystąpienia.

Wymienić dokumenty, które będą potwierdzały kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowcy określonej formy kształcenia

.....

.....