

GYERMEKSEBÉSZET ALAPSZAKKÉPZÉS

46 hó speciális képzési program

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

Szakgyakorlati idő kezdete (dátum):	Szakgyakorlati idő tervezett befejezése (dátum):
-------------------------------------	--

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Idéje:	Tutor neve/aláírása:
3 hó PIC gyakorlat			
3 hó gyermek-intenzív osztályos gyakorlat			
12 hó általános gyermeksebészet			
6 hó felnőtt traumatológiai gyakorlat			
22 hó speciális gyermeksebészeti gyakorlat			

Szakovizsgára bocsátás egyéb feltételei:

A szakképzést irányító felsőoktatási intézmény által a szakképzés megkezdésekor meghatározott számú és típusú műtéti beavatkozás

Kötelező tanfolyamok

A gyakorlati tematika teljesítésének folyamatos ellenőrzése és a munkabér számfejtéséhez szükséges munkavégzést igazoló adatlapok megküldése miatt – **legalább féléves időtartamban, előzetesen kérjük megküldeni** beosztott, és a tutor által ellenjegyzett szakképzési tervét Szak- és Továbbképzési Központunknak. A gyakorlatok **akkreditált képzőhelyeken** töltendőek. Jelen nyomtatvány fogadónyilatkozátként funkcionál, a leckekönyvet nem helyettesíti.