

ARC-ÁLLCSONT-SZÁJSEBÉSZET

46 hónap speciális szakgyakorlat

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

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

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Ideje:	Tutor neve/aláírása:
10 hónap dentoalveoláris sebészet			
8 hónap maxillofaciális traumatológia			
12 hónap arc-, állcsont- és fej-nyak tumor-sebészet			
3 hó traumatológia			
3 hó általános sebészet			

7 hó arc-, állcsontdeformitások és fejlődési rendellenességek sebészete			
3 hónap fül-orr-gégészet			

Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:

Szakvizsga előkészítő tanfolyam

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.