

FOGLALKOZÁS-ORVOSTAN ALAPSZAKKÉPZÉS

22 hónap speciális foglalkozás-egészségügyi tevékenység gyakorlati foglalkozás egészségügyi munkahelyen

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:
22 hónap speciális foglalkozás- egészségügyi tevékenység gyakorlati foglalkozás egészségügyi munkahelyen			

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 fogadónyilatkozatként funkcionál, a leckeönnyvet nem helyettesíti.