

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT ALAPSZAKKÉPZÉS

34 hó szakgyakorlati képzés

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:
34 hó szakmai képzés, benne:			
1 hét audiológiai tanfolyam			
1 hét allergológiai- immunológiai tanfolyam			
4 hét szakvizsga-előkészítő tanfolyam			

Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:

Előírt műtéti lista teljesítése

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** töltendők. Jelen nyomtatvány fogadónyilatkozatként funkcionál, a leckekönyvet nem helyettesíti.