

GERIÁTRIA ALAPSZAKKÉPZÉS

22 hó speciális 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:	Idéje:	Tutor neve/aláírása:
4 hó időseket ellátó osztályos gyakorlat			
2 hó infektológia			
2 hó neurológia			
2 hó háziorvosi gyakorlat			
2 hó pszichiátria			
2 hó onkológia			
2 hó rehabilitáció			

2 hó kardiológia			
1 hó reumatológia			
1 hó tüdőgyógyászat			
1 hó urológia			
1 hó traumatológia			

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.