

NUKLEÁRIS MEDICINA ALAPSZAKKÉPZÉS

34 hó speciális szakképzési gyakorlat

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

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

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Idete:	Tutor neve/aláírása:
34 hó speciális szakgyakorlati képzés			

Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:

átfogó sugárvédelmi gyakorlat

a szakképzést irányító felsőoktatási intézmény által a szakképzés megkezdésekor meghatározott számú izotóp-diagnosztikai beavatkozás elvégzése

a szakképzést irányító felsőoktatási intézmény által a szakképzés megkezdésekor meghatározott számú terápiás beavatkozás teljesítése

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 leckeönyvet nem helyettesíti.