PSZICHIÁTRIA ALAPSZAKKÉPZÉS

Szakképzendő neve: …….

Levelezési címe: ……

Telefon/fax: …….. **Mobil:**…… **Email:** ……..

Előszerződött munkahelye*: …….

Telefon/fax: …….. ……**Email:** ……..

* nem kötelező kitölteni

A szakképzésre vonatkozó adatok

	Helye:	**Ideje:**	**Tutor neve/aláírása:**
3 hónap belgyógyászati gyakorlat:			
benne sürgősségi betegellátás			
fantom tanfolyam			
15 hónap felvételes pszichiátriai osztályos gyakorlat:			
benne sürgősségi betegellátás			
3 hónap neurológiai osztályos gyakorlat			
benne sürgősségi betegellátás			
3 hónap gyermek-és ifjúság pszichiátriai osztályos vagy ambuláns gyakorlat			
benne sürgősségi betegellátás			

_____

grémiumvezető

Tanfolyamok:	Ideje:	Helye:	Tutor aláírása:
Törzsképzési tanfolyam I. eü. adminisztráció és minőségbiztosítás eü. gazdaságtan eü. menedzsment II. jogi, etikai ismeretek III. kommunikációs ismeretek			
2 hét transzfúziós tanfolyam (A szakképzés teljes időtartama alatt teljesítendő)			

Évi rendes szabadság:	
Helye:	**Ideje:**

B./ <u>34 hónap speciális szakgyakorlat</u>

A központi gyakornoki rendszerbelépés feltétele a törzsképzési gyakorlat első 3 hónapjának beosztása és a fogadókészség igazolása a tutor aláírásával és pecsétjével. Ezt követően – a gyakorlati tematika teljesítésének folyamatos ellenőrzése és a munkabér számfejtéséhez szükséges munkavégzést igazoló adatlapok megküldése miatt – legalább negyedéves időtartamban, előzetesen, írásban kérjük megküldeni beosztott, és a tutor által ellenjegyzett szakképzési tervét Szak- és Továbbképzési Központunknak.

_____

grémiumvezető