



JELENTKEZÉSI LAP
kölségtérítéses szakfogorvos képzésre

Alulírott
születési helye, ideje:.....
jelentkezem a 20.....-én induló kölségtérítéses
szakfogorvos képzésre.

Választott szakirány:

Akkreditált szakképzőhely neve, címe:.....
.....
.....

Jelentkező diploma szerzésének helye, ideje:

Jelentkező értesítési címe:

Jelentkező telefonszáma:

Jelentkező e-mail címe:

Dátum:

.....
aláírás



Befogadó nyilatkozat szakképesítés megszerzéséhez

Szakképesítés megnevezése:

Szakképzésre jelentkező neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Orvosi nyilvántartási száma:

Részképző helyként akkreditált egészségügyi szolgáltató

neve:

címe:

elérhetősége:

Tutor neve:

nyilvántartási száma:

szakképesítése:

szakképesítésének kelte:

A szakképesítés megszerzéséhez előírt 36 hónapos képzési időre heti 36 órában biztosítom a felkészülését. Tutorként hatékony munkakapcsolatot tartok fenn a SZTE Fogorvostudományi Kar oktatójával, aki a szakképzést mentorként irányítja.

Dátum:

P.h.

.....

Egészségügyi szolgáltató
vezetőjének aláírása