



## Plan (program) kształcenia

Cele kształcenia (ogólna charakterystyka programu doskonalenia zawodowego)

---

Planowany okres doskonalenia zawodowego (co najmniej 12 miesięcy)

---

Przedmiot i zakres doskonalenia zawodowego (kształcenia podyplomowego)  
zasadnicze kierunki, zakres tematyczny, teoretyczny i praktyczny i sposoby realizacji w okresie 12 miesięcy

---

Przewidywane formy doskonalenia zawodowego (kształcenia podyplomowego) w celu realizacji programu doskonalenia

---

Wymagane kwalifikacje uczestników

---

Przewidywane sposoby weryfikacji wyników kształcenia

---

Sposób potwierdzania uczestnictwa i ukończenia kształcenia (określonej formy)

---

Osoby odpowiedzialne za realizację (realizację programu, akceptację zdarzeń edukacyjnych, określenie liczby należnych punktów za zdarzenia, wydawanie zaświadczeń towarzystwa/kolegium)

Imię i nazwisko	Funkcja/stanowisko	Zakres odpowiedzialności



## Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

TAK  NIE

### Ocena kształcenia (szkolenia) przez towarzystwo/kolegium

Narzędzia oceny jakości kształcenia

Metody oceny jakości kształcenia

Podać sposób: .....

### Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych (w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych objętych programem)

Czy organizator kształcenia przewiduje formę kształcenia (zdarzenie edukacyjne) objętą programem kształcenia w ramach której będą prowadzone zajęcia praktyczne z udziałem pacjenta

- Wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (rejestr wojewody)  Wpis do rejestru praktyk lekarskich (rejestr izby lekarskiej)
- Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zoz na okres kształcenia
- osoby prowadzące kształcenie praktyczne będą posiadały prawo wykonywania zawodu i specjalizację

Imię i nazwisko przedstawiciela  
towarzystwa/kolegium

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis

## WYPEŁNIA NACZELNA RADA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE AKCEPTACJI PROGRAMU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO I SPEŁNIANIA WYMOGÓW PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

- Wniosek zgodny z wymogami formalnymi
- Wniosek niezgodny z wymogami formalnymi
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek w NIL

#### Opinia zespołu eksperckiego:

Data

Podpis  
przew.  
zespołu

#### Opinia komisji kształcenia/dyrektora ośrodka:

- Wnioskuje o akceptację programu doskonalenia zawodowego i potwierdzenie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego przez wnioskodawcę
- Wnioskuje o odmowę akceptacji programu doskonalenia zawodowego i potwierdzenie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego przez wnioskodawcę

Uzasadnienie:

Data

Podpis przew.  
komisji/  
/dyrektora

Uchwała Nr

Prezydium NRL z dnia

w sprawie akceptacji programu doskonalenia zawodowego i spełniania wymogów prowadzenia kształcenia podyplomowego

### ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Szczegółowyplan kształcenia podyplomowego  Wzór zaświadczenia wydawanego przez towarzystwo lub kolegium specjalistów

**INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA (ZDARZENIA EDUKACYJNEGO)  
OBJĘTEGO PROGRAMEM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO TOWARZYSTWA/KOLEGIUM SPECJALISTÓW**

.....

## CZĘŚĆ B

### DANE DOTYCZĄCE FORMY DOSKONALENIA ZAWODOWEGO – WYPEŁNIA TOWARZYSTWO/KOLEGIUM

Nazwa organizatora

Forma kontaktu

Forma doskonalenia zawodowego (kształcenia)

#### Dane dotyczące kształcenia (szkolenia)

**Temat kształcenia**

Informacje

o treści kształcenia

w dziedzinie medycyny:

Czy treści kształcenia zgodne są z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych (na zasadach E.B.M.)

Tak

Nie

#### Termin i miejsce kształcenia (szkolenia)

Data rozpoczęcia ..... Data zakończenia .....

Nazwa placówki

Ulica i nr domu/nr lokalu

Miejscowość

#### Kierownik naukowy

Imię i nazwisko	
Tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli TAK to jaki staż pracy	

#### Wykładowca

Imię i nazwisko	
Tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli TAK to jaki staż pracy	

#### Wykładowca

Imię i nazwisko	
Tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli TAK to jaki staż pracy	

#### Wykładowca

Imię i nazwisko	
Tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Jeżeli TAK to jaki staż pracy	

**W przypadku większej liczby wykładowców informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku.**

Liczba godzin kształcenia (szkolenia)  w tym: wykłady  warsztaty  ćwiczenia

Punktacja zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia Tak  Nie  podać zasady .....

**Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenie (szkolenia)**

Liczba uczestników kształcenia (szkolenia) planowana  maksymalna

Planowany tryb kształcenia (szkolenia)  stacjonarny  korespondencyjny  zaoczny  
 dzienny  wieczorowy  
 jednodniowy  dwudniowy  cykliczny  inny

Sposób informowania o kształceniu (szkolenia)  ogłoszenie w prasie lekarskiej  ogłoszenie w miejscu pracy  
 Internet  zawiadomienie imienne  inne

Sprawdzian wiedzy nabytej  Nie  Tak

Sposób sprawdzenia uczestnictwa w szkoleniu i jego zakończenia – podać metodę

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia  zaświadczenie  dyplom  inne

**Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych z udziałem pacjenta**

Wpis do rejestru zoz Numer wpisu do rejestru zoz -

Wpis do rejestru praktyk Numer wpisu do rejestru praktyk ----

Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zoz na okres do dnia .....

Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne z udziałem pacjenta – lista stałych wykładowców

Imię i nazwisko	Numer PWZ	specjalizacja

**Finansowanie kształcenia**

Planowane finansowanie: udział własny uczestników % udział własny organizatora %  
środki publiczne % sponsorowane %

Czy organizator dopuszcza treści reklamowe/promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia

Nie  Tak:  leków  sprzętu medycznego  innych

W jakiej formie

## WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Zgłoszenie informacji dotyczącej organizowanej formy kształcenia objętej planem (programem) kształcenia organizatora kształcenia

Numer wpisu

--	--	--	--	--	--	--	--

do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej

w ..... (właściwej dla organizatora kształcenia)

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Telefon/e-mail

Data

--

Podpis

--

### Załączone dokumenty

Szczegółowy program

Regulamin kształcenia

Wzór zaświadczenia potwierdzającego ukończenie kształcenia

Potwierdzenie uprawnienia do udzielania świadczeń (szkolenie praktyczne – z udziałem pacjenta) jeżeli organizator nie posiada uprawnień objętych planem kształcenia

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

Informacja zgodna z wymogami formalnymi

Informacja niezgodna z wymogami formalnymi

Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

.....  
data i podpis osoby przyjmującej informację w OIL

### Opinia komisji kształcenia/dyrektora ośrodka:

Akceptuję złożoną informację o planowanej formie kształcenia (doskonalenia zawodowego) i potwierdzam wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej

w ..... nr wpisu

--	--	--	--	--	--	--	--

Nieakceptuję złożonej informacji o planowanej formie kształcenia (doskonalenia zawodowego)

Uzasadnienie:

Data

--

Podpis przew.  
komisji/  
dyrektora

--

Wpisano formę kształcenia (doskonalenia zawodowego) .....

do rejestru ORL pod nr

--	--	--	--	--	--	--	--

Data

--

Podpis  
pracownika

--

**Uwagi**