



## Plan (program) kształcenia

Plan kształcenia (ogólna charakterystyka programu kształcenia podyplomowego)

---

Planowany okres doskonalenia zawodowego

---

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

---

Przewidywane formy kształcenia podyplomowego w ramach realizacji programu kształcenia

---

Planowane kształcenie podyplomowe w formie testowego programu edukacyjnego

Planowane kształcenie podyplomowe w formie platformy edukacyjnej

---

Wymagane kwalifikacje uczestników

---

Przewidywane sposoby weryfikacji wyników kształcenia

---

Sposób potwierdzania uczestnictwa i ukończenia kształcenia (określonej formy)



## Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

Narzędzia oceny jakości kształcenia

Metody oceny jakości kształcenia

Sposób dokumentowania oceny jakości kształcenia przez radę programową

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

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 – lista stałych wykładowców

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WYMOGÓW PROWADZENIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

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 OIL / NIL

Opinia zespołu eksperckiego:

Data

Podpis  
przew.  
zespołu

Opinia komisji kształcenia/dyrektora ośrodka:

Wnioskuje o potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego przez wnioskodawcę

Uzna, że wnioskodawca nie spełnia wymogów określonych w art 19 ust 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i wnioskuje o odmowę potwierdzenia spełnienia przez wnioskodawcę warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego. Uzasadnienie:

Data

Podpis przew.  
komisji/  
dyrektora

## UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W ..... / / NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Numer Uchwały

z dnia

Podmiot

spełnia warunki określone w art 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystry w zakresie przedłożonego planu (programu) kształcenia

nie spełnia wymogów określonych w art 19 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystry w zakresie przedłożonego planu (programu) kształcenia

Data

Podpis

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Szczegółowyplan kształcenia podyplomowego