

**SZAKKÉPZŐ HELLYÉ MINŐSÍTETT
MUNKAHELY BEFOGADÓ NYILATKOZATA
FOGORVOSI DIPLOMÁVAL MEGSZEREZHETŐ SZAKKÉPESÍTÉS
MEGSZERZÉSÉHEZ SZÜKSÉGES GYAKORLATOK TELJESÍTÉSÉRE**

Szakképesítés megnevezése:

Szakorvosjelölt

neve:

születési hely, év, hó, nap:

anyja neve:

orvosi nyilvántartási száma:

A szakképzést végző egészségügyi szolgáltató vezetője tölti ki:

Egészségügyi szolgáltató

neve:

címe:

telefonszáma:

szakképzőhelyé minősítés érvényességének vége:

A gyakorlati képzést közvetlenül irányító és felügyelő felelős fogszakorvos (tutor)

neve:

orvosi nyilvántartási száma:

szakképesítés(ek):

szakképesítés(ek) megszerzésének kelte:

A szakorvosjelölt felkészülését a 36 hónapos képzési időre (legalább heti 36 órás munkaidejű egészségügyi tevékenység végzésére, munkavégzésre irányuló jogviszonyban történő

foglalkoztatásban), a gyakorlati képzést közvetlenül irányító szakorvos (tutor) felügyeletével

biztosítom. A Debreceni Egyetem Fogorvostudományi Kar Szak-és Továbbképzési

Titkárságával és a képzést koordináló egyetemmel az együttműködést fenntartom, illetve a

jelöltnek biztosítom.

Dátum:

P.h.

.....

Egészségügyi szolgáltató

vezetőjének aláírása