

Warszawa, dnia 16 stycznia 2023 r.

Poz. 119

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾**

z dnia 5 stycznia 2023 r.

w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych

Na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, 1733, 2731 i 2770) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza i lekarza dentystę zakwalifikowanych w ramach postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) lekarzu – należy przez to rozumieć również lekarza dentystę;
- 2) ministrze – należy przez to rozumieć ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 3) podmiocie leczniczym MSWiA – należy przez to rozumieć podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 4) ustawie – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

§ 3. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra lub pełniący służbę w podmiocie leczniczym MSWiA może odbywać szkolenie specjalizacyjne:

- 1) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego;
- 2) w ramach zwolnienia od zajęć służbowych udzielanego na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego z jednoczesnym pozostawianiem na dotychczasowym stanowisku służbowym lub na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu specjalizacji w podmiocie leczniczym MSWiA prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 19f ust. 3 ustawy.

§ 4. 1. Szkolenie specjalizacyjne odbywa się w wybranym podmiocie leczniczym MSWiA.

2. Minister kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranym przez lekarza podmiocie leczniczym MSWiA, w ramach posiadanych przez ten podmiot wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, na podstawie ostatecznych list lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w kolejności ustalonej w oparciu o wynik postępowania kwalifikacyjnego i dane, o których mowa w art. 16c ust. 10a ustawy.

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 2264).

3. Minister po skierowaniu lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym MSWiA odnotowuje ten fakt w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, 2280 i 2705), zwanym dalej „SMK”.

4. W szczególnie uzasadnionym przypadku minister może, na wniosek lekarza zakwalifikowanego i skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, który nie rozpoczął odbywania tego szkolenia, przenieść go do innego podmiotu leczniczego MSWiA.

§ 5. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra lub pełniący służbę w podmiocie leczniczym MSWiA powiadamia kierownika jednostki, w której pełni służbę, o rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego.

§ 6. 1. Szkolenie specjalizacyjne odbywa się na podstawie programu specjalizacji.

2. Program szkolenia specjalizacyjnego podzielony jest na moduły.

3. W ramach modułów realizuje się kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe oraz szkolenia, w tym szkolenia praktyczne w zakresie wykonywania procedur i zabiegów medycznych.

4. Szkolenie specjalizacyjne odbywa się pod nadzorem kierownika specjalizacji.

§ 7. 1. W przypadku likwidacji podmiotu leczniczego MSWiA, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, albo zaprzestania spełniania przez ten podmiot wymagań, o których mowa w art. 19f ust. 2 ustawy, minister przenosi lekarza, za jego zgodą, do innego podmiotu leczniczego MSWiA, wskazując w Elektronicznej Karcie Szkolenia Specjalizacyjnego tego lekarza, zwanej dalej „EKS”, nowy podmiot leczniczy MSWiA, w którym lekarz będzie kontynuować szkolenie specjalizacyjne w ramach posiadanych przez ten podmiot wolnych miejsc szkoleniowych.

2. W szczególnie uzasadnionym przypadku minister może, na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, przenieść go do innego podmiotu leczniczego MSWiA posiadającego wolne miejsce szkoleniowe.

3. Lekarz zmieniający miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany do uzyskania potwierdzenia zaliczenia zrealizowanych elementów szkolenia specjalizacyjnego przez dotychczasowego kierownika specjalizacji do dnia przeniesienia w SMK jego szkolenia specjalizacyjnego do innego podmiotu leczniczego MSWiA.

4. Lekarzowi, który zmienił miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego, kierownik podmiotu leczniczego MSWiA prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, do którego lekarz został przeniesiony, wyznacza niezwłocznie nowego kierownika specjalizacji.

§ 8. 1. Kierownik podmiotu leczniczego MSWiA, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, lub kierownik specjalizacji danego lekarza zamieszcza w EKS rzeczywistą datę rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.

2. Kierownik podmiotu leczniczego MSWiA, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, lub kierownik specjalizacji danego lekarza zamieszcza w EKS rzeczywistą datę zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

3. W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego z powodu nieobecności lekarza, o którym mowa w art. 16l ust. 1 i 2 ustawy, kierownik podmiotu leczniczego MSWiA, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, zamieszcza w EKS informację o przedłużeniu okresu szkolenia specjalizacyjnego.

4. W przypadku przedłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego na podstawie art. 16l ust. 5 lub ust. 5a ustawy minister zamieszcza w EKS informację o dodatkowym przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego.

5. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne na podstawie art. 16h ust. 2 pkt 1 ustawy, z którym rozwiązano umowę o pracę, może kontynuować odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w tym samym podmiocie leczniczym MSWiA na podstawie wskazanej w art. 16h ust. 2 pkt 4 ustawy.

6. Lekarz, o którym mowa w ust. 5, może kontynuować szkolenie specjalizacyjne również na innej podstawie wskazanej w art. 16h ust. 2 ustawy, jeżeli wyrazi na to zgodę kierownik podmiotu leczniczego MSWiA, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne.

7. Kierownik podmiotu leczniczego MSWiA, w którym lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, zamieszcza w EKS podstawę odbywania szkolenia specjalizacyjnego, o której mowa w art. 16h ust. 2 pkt 1–5 ustawy albo § 3, lub jej zmianę.

§ 9. 1. Kierownik specjalizacji potwierdza w EKS odbycie całości szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji lub odmawia potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty zakończenia szkolenia specjalizacyjnego wskazanej w EKS.

2. W przypadku gdy lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne, z uwzględnieniem art. 161 ustawy, pozostał do wykorzystania urlop wypoczynkowy lub niewykorzystane dni na samokształcenie przewidziane w programie specjalizacji, kierownik specjalizacji może potwierdzić odbycie szkolenia zgodnie z programem specjalizacji w EKS nie wcześniej niż z dniem poprzedzającym rozpoczęcie tego urlopu lub z dniem poprzedzającym rozpoczęcie wykorzystywania pozostałych dni na samokształcenie przewidzianych w programie specjalizacji.

3. Odmawiając potwierdzenia odbycia szkolenia specjalizacyjnego, kierownik specjalizacji informuje lekarza odbywającego dane szkolenie, których elementów szkolenia specjalizacyjnego nie zrealizował.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, w celu kontynuacji szkolenia specjalizacyjnego kierownik specjalizacji niezwłocznie, jednak nie później niż na 7 dni przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 1, występuje do ministra o wyrażenie zgody na dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego, o której mowa w art. 161 ust. 5a ustawy. We wniosku o wyrażenie zgody na dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego kierownik specjalizacji wskazuje termin przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniając niezrealizowane elementy programu szkolenia specjalizacyjnego. W szczególnie uzasadnionym przypadku minister może uwzględnić wniosek kierownika specjalizacji o wyrażenie zgody na dodatkowe przedłużenie okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego złożony po wskazanym terminie.

§ 10. 1. Podmiot leczniczy MSWiA prowadzący szkolenie specjalizacyjne umożliwia lekarzowi odbywającemu to szkolenie realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji.

2. Kierownik podmiotu leczniczego MSWiA prowadzącego szkolenie specjalizacyjne wskazuje w EKS lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne jednostkę akredytowaną, w której ma odbyć dany element programu specjalizacji, jeżeli ten element programu specjalizacji ma być realizowany w innej jednostce akredytowanej.

3. W przypadku gdy lekarz nie zrealizuje wszystkich elementów programu modułu podstawowego, może rozpocząć realizację programu modułu specjalistycznego i uzupełnić niezrealizowane elementy modułu podstawowego w trakcie trwania modułu specjalistycznego jedynie w przypadku, gdy kierownik specjalizacji stwierdzi, że niezrealizowanie danych elementów modułu podstawowego nie jest przeszkodą do kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego.

4. Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odbywający to szkolenie zgodnie z programem specjalizacji obowiązującym lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji, który w okresie postępowania kwalifikacyjnego lub w okresie po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, a przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego, lub w okresie odbywania tego szkolenia uzyskał tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, może wystąpić do ministra z wnioskiem o zmianę dotychczasowego programu specjalizacji na program obowiązujący lekarzy posiadających tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

5. Lekarz, który odbył określony moduł podstawowy i uzyskał jego zaliczenie w ramach danego szkolenia specjalizacyjnego, nie odbywa ponownie tego modułu podstawowego w przypadku zakwalifikowania się do odbywania innego szkolenia specjalizacyjnego, którego program specjalizacji przewiduje odbycie i zaliczenie tego samego modułu podstawowego.

§ 11. 1. Potwierdzenie realizacji programu szkolenia i jego ukończenia stanowi elektronicznie odwzorowana karta szkolenia specjalizacyjnego.

2. Wzór karty szkolenia specjalizacyjnego jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 12. Do szkoleń specjalizacyjnych rozpoczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji: wz. *B. Poboży*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. 1536 oraz z 2020 r. poz. 809), które zgodnie z art. 27 pkt 6 ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, 1493, 2112, 2345 i 2401, z 2021 r. poz. 2232 i 2459 oraz z 2022 r. poz. 2770) utraciło moc z dniem 8 grudnia 2022 r.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 5 stycznia 2023 r. (Dz. U. poz. 119)

WZÓR

ELEKTRONICZNA KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

(Elektroniczną Kartę Szkolenia Specjalizacyjnego (EKS) wypełnia się w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, uzupełniając dane w odpowiednich rubrykach)

Dane znajdujące się na każdej stronie EKS

Imię, drugie imię i nazwisko

PESEL

Numer karty szkolenia specjalizacyjnego

Numer wpisu do rejestru osób odbywających szkolenie specjalizacyjne

Podmiot wydający kartę szkolenia specjalizacyjnego

Dziedzina medycyny

Kod dziedziny medycyny

Status

Dane podstawowe**Dane osobowe**

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Płeć

Dokument potwierdzający tożsamość

Numer dokumentu

Kraj wydania

Miejscowość urodzenia

Data urodzenia

Obywatelstwo

Adres

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Adres korespondencyjny

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Kontakt

Telefon

Adres e-mail

Uprawnienia zawodoweNumer prawa
wykonywania
zawodu (PWZ)

Podmiot wydający PWZ

Numer seryjny PWZ

Numer rejestracyjny
w okręgowej izbie
lekarskiej

Data wystawienia PWZ

Miejsce wystawienia PWZ

Rodzaj PWZ

Wystawca PWZ

Posiadane specjalizacje

Dziedzina medycyny

Stopień specjalizacji
lub tytuł zawodowy

Data uzyskania

Pozostałe danePosiadany stopień naukowy
lub tytuł zawodowy**Informacje o skreśleniu** (dotyczy lekarzy, którzy zostali skreśleni z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne)

Data wydania decyzji

Tryb wydania decyzji:

- skreślenie w trybie art. 16o ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.)
- skreślenie w wyniku zmiany dziedziny szkolenia specjalizacyjnego

Przedmiot i uzasadnienie decyzji

Organ wydający decyzję

Odwzorowanie cyfrowe decyzji o skreśleniu

Dane szkolenia specjalizacyjnego

Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Tryb odbywania szkolenia aktualny tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Powód zmiany trybu *(dotyczy osób, które zmieniły tryb)*

Poprzedni tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego *(dotyczy osób, które zmieniły tryb)*

Tryb odbywania szkolenia aktualny tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego:

Wniosuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego na podstawie / w ramach: *(należy wybrać jedną z podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego wymienionych w art. 16h ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry albo § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 5 stycznia 2023 r. w sprawie odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych)*

Data zmiany

Poprzednia podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego *(dotyczy osób, które zmieniły podstawę odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

Okres szkolenia

Planowana data rozpoczęcia szkolenia

Planowana data zakończenia szkolenia

Rzeczywista data rozpoczęcia szkolenia

Rzeczywista data zakończenia szkolenia

Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne**Obecna jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne**

Data początku obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne *(dotyczy osób, które zmieniły miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Kierownik specjalizacji**Obecny kierownik specjalizacji**Data początku
obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

Poprzedni kierownik specjalizacji *(dotyczy osób, którym zmieniono kierownika specjalizacji)*Data początku
obowiązaniaData końca
obowiązania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

Jednostka prowadząca moduł podstawowy *(jeśli jest inna niż jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne)***Obecna jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy**

Data początku obowiązania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy *(dotyczy osób, które zmieniły poprzednią jednostkę prowadzącą moduł podstawowy)*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Kierownik modułu podstawowego**Obecny kierownik modułu podstawowego**Data początku
obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Poprzedni kierownik modułu podstawowego *(dotyczy osób, którym zmieniono kierownika modułu podstawowego)*Data początku
obowiązywaniaData końca
obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Jednostka prowadząca staż kierunkowy albo podstawowy**Nazwa i adres jednostki akredytowanej prowadzącej staż kierunkowy albo podstawowy**Data początku
obowiązaniaData końca
obowiązania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Kierownik stażu**Obecny kierownik stażu**Data początku
obowiązaniaData końca
obowiązania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Numer PWZ

Nazwa stażu

Adnotacje**Adnotacje o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego**

Od dnia

Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Adnotacje o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego

Od dnia

Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe pozytywnej decyzji właściwego organu o przedłużeniu okresu szkolenia specjalizacyjnego

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Adnotacje o skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego Decyzja pozytywna Decyzja negatywna

Do dnia

Okres skrócenia
szkolenia specjalizacyjnego (dni)

Data decyzji

Przyczyna skrócenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Adnotacje o uznaniu Decyzja pozytywna Decyzja negatywna

Data decyzji

Organ wydający decyzję

Przedmiot decyzji

Załącznik

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Program specjalizacji**Informacje podstawowe o programie specjalizacji**

Nazwa programu specjalizacji

Grupa zawodowa

Dziedzina medycyny

Numer specjalizacji

Numer wariantu programu specjalizacji

Data obowiązywania od

Data obowiązywania do

Liczba dodatkowych dni
na samokształcenie

Załącznik – program specjalizacji

Moduły

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

Kursy specjalizacyjne

Nazwa kursu

Numer specjalizacji

Numer kolejny kursu

Typ kursu

Liczba dni kursu

Rok szkolenia

 Fakultatywny

Staż kierunkowy

Nazwa stażu

Liczba dni stażu

Rok szkolenia

 Zrealizowano częściowo**Szkolenie w zakresie wykonywania procedur i zabiegów medycznych**

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

Procedura: (nazwa procedury)

Liczba procedur

Czas trwania samokształcenia

Czas pełnienia dyżurów

Liczba dni urlopu

Liczba dni wolnych od pracy

Indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

Liczba
wykonanych procedurLiczba
zaakceptowanych procedur**Procedura: (nazwa procedury)**

Liczba procedur

Liczba
wykonanych procedurLiczba
zaakceptowanych procedur

Wykonane zabiegi albo procedury medyczne**Zabieg albo procedura medyczna**

Miejsce wykonania zabiegu albo procedury medycznej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Kod zabiegu albo
procedury medycznej

Data wykonania

Inicjały pacjenta

Płeć pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko osoby wykonującej zabieg albo procedurę medyczną

Imiona i nazwiska osób biorących udział w zabiegu albo procedurze medycznej jako pierwsza lub druga asysta

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego**I rok szkolenia** (analogicznie kolejne lata szkolenia)**Kurs specjalizacyjny wprowadzający**

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Kursy specjalizacyjne

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Staż kierunkowe

Nazwa podmiotu prowadzącego staż

Nazwa komórki organizacyjnej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Zabiegi i procedury medyczne**Procedura: (nazwa procedury)**

Liczba procedur

Liczba wykonanych procedur

Liczba zaakceptowanych procedur

Kod zabiegu albo procedury medycznej

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Formy samokształcenia

Rok szkolenia

Rodzaj

Tytuł

Wydawnictwo

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Dyżury medyczne

Rok szkolenia

Liczba godzin dyżuru

Liczba minut dyżuru

Data rozpoczęcia dyżuru

Nazwa komórki organizacyjnej

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Inne wymagania określone w programie specjalizacji

Rok szkolenia

Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu

Rok szkolenia

Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Uwagi

Uwagi

Dane osoby wprowadzającej uwagi

Data wprowadzenia uwag

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Kursy w zakresie zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego oraz prawa medycznego

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Data ważności

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Wykonywane zabiegi i procedury medyczne**Procedura: (nazwa procedury)**

Liczba procedur

Liczba wykonanych procedur

Liczba zaakceptowanych procedur

Kod zabiegu albo procedury medycznej

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego**Zaliczenie modułu podstawowego**

Nazwa modułu

Moduł podstawowy został zaliczony:

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
 w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Potwierdzenie zaliczenia modułu podstawowego

Data zaliczenia

Potwierdzenie

Załączniki**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego

Data zaliczenia

Potwierdzenie

Akceptacja

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja