**JELENTKEZÉSI LAP**

# NEURO-OPHTALMOLÓGIA

**Neurológia alap-szakképesítés esetén: A képzés időtartama: 12 hónap**

Jelentkező neve:

Eü. tevékenység során használt név (az orvosi pecséten található):

Állampolgársága:

Születési hely, év, hó, nap:

Anyja neve:

Lakcím:

Levelezési cím:

Telefon / fax

E-mail:

Orvosi diploma kiállításának kelte, száma, helye:

Orvosi pecsétszám:

Működési nyilvántartás érvényessége:

Munkahely megnevezése:

Munkahely címe:

Munkahelyi beosztása:

Munkahely telefonszáma:

**A licenc bemeneteként használni kívánt szakképesítés:**

„A licenc birtokában végezhető tevékenység gyakorlásának feltétele, hogy a szakorvos a licenc bemeneti követelményeként meghatározott szakképesítés tekintetében érvényes működési nyilvántartással rendelkezzen.” (23/2012 (IX.14) EMMI rendelet)

 ideje: száma:

Kelt:……………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jelentkező aláírása

**A fent jelölt licenc képzésre jelentkezését támogatom.**

Kelt:……………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

munkahelyi vezető aláírása, intézmény pecsétje

**EGYÉNI KÉPZÉSI TERV**

**Képzési program:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gyakorlat megnevezése:** | **Helye:** | **Ideje:** | **Tutor neve** |
| 1 hónap gyakorlat szemészeti szakambulancián |  |  |  |
| 11 hónap gyakorlat |  |  |  |

**Képzés és vizsga szakmai tartalma:**

Anatómiai és fiziológiai alapismeretek, látópálya-betegségek, a szemmozgás zavarok patológiája, szisztémás neurológiai és szemészeti kórképek neuro-ophtalmológiai vonatkozása, az intracranialis nyomásfokozódás okai, fejfájás és arcra lokalizálódó fájdalmak, neuro-ophtalmológiai tüneteket okozó szembetegségek

**Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei** (melyről igazolás csatolása szükséges)

**4 alkalom, szervezett vizsgakonzultáción való részvétel**

Kelt:……………………………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jelentkező aláírása

1. A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
2. A fenti szakképzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Kelt:……………………………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  licencvezető |

A szakképzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

 …………………………………………………………………………….

 munkahelyi vezető