**DENTO-ALVEOLARIS SEBÉSZET *SZAKKÉPZÉSI TERV***

Jelölt neve:

Orvosi pecsétszám:

Mentor neve ***(a Grémium elnöke jelöli ki a 2015.07.01. előtt belépőknél***):

Mentor működési nyilvántartásának érvényessége:

munkahelye: , Tel:...................................

**36 hó szakképzési idő:**

**26 hó törzsképzési program, ebben:**

**5 hét sürgősségi ismeretek:**

* **2 hét Sürgősségi betegellátó osztályos gyakorlat**

helye: , ideje:

* **3 hét szájsebészeti fekvőbeteg aneszteziológiai gyakorlat**

helye: , ideje:

**6 hó egyetemi szájsebészeti osztályos gyakorlat:**

helye: , ideje:

**19 hó gyakorlat (grémiumvezető által meghatározott)**

* **12 hó szakgyakorlat egyetemi tanszékeken**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

* **7 hónap dento-alveoláris szakgyakorlat**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

**10 hó szakgyakorlati képzés szájsebészeti szakrendelésen:**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

helye: , ideje:

**Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:**

Meghatározott számú és típusú beavatkozás teljesítése.

(<http://szti.pte.hu/sites/szti.pte.hu/files/files/szakkepzesi_nyomtatvanyok/a_szakvizsgara_bocsatas_feltetelei_mutetek_vizsgalatok.pdf>)

jelölt aláírása

**Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szakmai Grémiumának véleménye:**

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

Kelt: , év, hó, nap

|  |  |
| --- | --- |
| mentor | grémium elnök |

(Szakképzésüket 2015.07.01. előtt megkezdő jelölteknél!)

A szakképzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

|  |  |
| --- | --- |
|  | munkahelyi vezető |