**MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS**

**A folyamatos továbbképzés KIEGÉSZÍTŐ gyakorlati pontjainak teljesítéséről.**

………………………………………………………..…………………………….…………………………………………………...
intézmény vezetője igazolom, hogy

………………………………………………………….név (alapnyilvántartásban szerepeltetett)

……………………..
pecsétszám

továbbképzésre kötelezett orvos szakterületi munkakörben dolgozott, a 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 8. § (5) bekezdése alapján

………………………………………………………….……..(név), ……….………..(pecsétszám) tutor felügyelete mellett.

Ennek alapján, az alább felsorolt szakterületekre vonatkozóan a feltüntetett gyakorlati pontokat igazolom:

|  |  |
| --- | --- |
| **Szakterület(ek)** | **Foglalkoztatási időszak** |
| KezdeteÉv, hónap, nap | VégeÉv, hónap, nap |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**A szakterület(ek) megnevezése nélkül az igazolás érvénytelen!**

Dátum ……………………….

P.H.

………………………………………

munkáltató

**Megjegyzés:**

A hatályos rendelet szerint:

4. § (3) Aki a továbbképzési időszak alatt a szükséges 60 pontot nem szerezte meg, a gyakorlati rész teljesítését egyetemen vagy oktató-gyakorló egészségügyi szolgáltatónál legfeljebb 3 hónapig tartó, felügyelet mellett végzett kiegészítő gyakorlati továbbképzéssel pótolhatja. Az így teljesített gyakorlati idő értéke legfeljebb havonta 20 pont.\*