**Wykaz dokumentów
dla lekarzy, lekarzy dentystów ubiegających się o potwierdzenie zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego**

**Dotyczy: dokumentacji w formie papierowej**

Dokumenty należy składać:

w Biurze Podawczym Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego

ul. Piastowska 14, 45-082 Opole lub wysłać za pośrednictwem poczty na adres:
Opolski Urząd Wojewódzki Wydział Zdrowia ul. Piastowska 14, 45-082 Opole

1. Wniosek o potwierdzenie zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego – wygenerować
i **wydrukować** z Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).
Zalogowanie się do aplikacji SMK jest możliwe po uruchomieniu przeglądarki internetowej i wpisaniu w pasku adresu **https://smk.ezdrowie.gov.pl**. (Logowanie w P2; załóż konto, lub profilem zaufanym e-PUAP)
* wygenerować wniosek o modyfikację uprawnień (potwierdzić - uwierzytelnić swoje dane
w Izbie lekarskiej do której lekarz należy)
* wygenerować wniosek o potwierdzenie zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego

**Status wniosku – wniosek papierowy**

**Pod wnioskiem należy się podpisać.**

1. Szczegółowy plan albo indywidualny harmonogram odbywania szkolenia specjalizacyjnego, ustalony i zaakceptowany przez kierownika specjalizacji, opracowany na podstawie ramowego programu z danej dziedziny (wzór poniżej);
2. Wypełniona karta szkolenia specjalizacyjnego z potwierdzeniem zaliczenia przez kierownika specjalizacji szkolenia specjalizacyjnego odbytego zgodnie z obowiązującym programem, wymaganymi wpisami, z potwierdzeniami i zaliczeniami;
3. Zaświadczenia i certyfikaty z odbytych kursów wymaganych programem specjalizacji
(również kursu podsumowującego czy atestacyjnego jeżeli jest wymieniony w programie specjalizacji);
4. Indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych;
5. Opinia zawodowa lekarza wystawiona przez kierownika specjalizacji;
6. Praca poglądowa ogłoszona drukiem lub w maszynopisie z zakresu problematyki objętej programem specjalizacji zaakceptowana (podpis i pieczątka) przez kierownika specjalizacji.

 **Osoby ze stopniem naukowym**:
- wykaz publikacji zaakceptowany przez kierownika specjalizacji
- zaświadczenie o posiadanym stopniu i tytule naukowym (kserokopia)

1. Lekarz odbywający specjalizację w trybie rezydenckim składa kopię świadectwa pracy
z ostatnio zatrudniającej go jednostki;
2. Kserokopie: dyplomów posiadanych specjalizacji;
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem 2, 3, 8 i 9);
4. Kserokopia zaświadczenia o posiadaniu stopnia naukowego lub tytułu naukowego;
5. Potwierdzenie uczestnictwa/przynależność do Towarzystwa Naukowego w czasie odbywania szkolenia.

**Uwaga: jeżeli programy specjalizacji określają dodatkowe wymogi muszą być one spełnione.**

**UWAGA dot. języka obcego:**

Lekarze zakwalifikowani do rozpoczęcia specjalizacji **po dniu 1 lipca 2011 r.** nie są zobowiązani do wykazywania się praktyczną znajomością języka obcego, *zgodnie
z ustawą Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 658)*

**Opinia kierownika specjalizacji powinna dotyczyć:**

- uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów
i współpracowników, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole.

Dokumenty powinny być złożone w białej wiązanej bądź na gumkę teczce, nie podpisanej.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

WZÓR

Indywidualny harmonogram odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Imię i nazwisko………………………………………….

Szczegółowy plan odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie………………………..

Tryb odbywania (rezydencki lub pozarezydencki)………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Stażu kierunkowego/cząstkowego i kursu** | **Okres odbywania, czas trwania (określić w datach i liczbowo w tygodniach /miesiącach)** | **Miejsce odbywania** |
| **I rok specjalizacji** |
| **Staże:**1.2.3.**Kursy:**1.2.3. | od…do… (2 tygodnie)od…do…(6 miesięcy)od…do…od…do… (4 dni)od…do…od…do… |  |
| **II rok specjalizacji** |
| **Staże:**1.2.3.**Kursy:**1.2.3. | od…do… (2 tygodnie)od…do…(6 miesięcy)od…do…od…do… (4 dni)od…do…od…do… |  |

Itd…

 ………………………………………………………………………

 *(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)*