

Warszawa, dnia 31 grudnia 2012 r.

Poz. 1536

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH<sup>1)</sup>**

z dnia 20 grudnia 2012 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 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanego dalej „lekarzem”;
- 2) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

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

§ 3. Lekarz może odbyć szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w:

- 1) podmiocie leczniczym MSW wpisanym na listę jednostek akredytowanych prowadzoną przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na podstawie art. 19f ust. 7 ustawy;
- 2) innym podmiocie leczniczym wpisanym na listę jednostek akredytowanych, o której mowa w pkt 1, za zgodą odpowiednio wojewody albo Ministra Obrony Narodowej.

§ 4. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne odpowiednio:

- 1) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego funkcjonariuszowi na czas trwania określonej specjalizacji;
- 2) w ramach zwolnienia od zajęć służbowych udzielonego funkcjonariuszowi na czas trwania określonej specjalizacji z jednoczesnym pozostawianiem na dotychczasowym stanowisku służbowym;
- 3) w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z podmiotem leczniczym MSW;

<sup>1)</sup> Minister Spraw Wewnętrznych kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych (Dz. U. Nr 248, poz. 1491).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707 oraz z 2012 r. poz. 95 i 1456.

- 4) w ramach umowy o pracę zawartej na czas trwania specjalizacji z podmiotem leczniczym MSW;
- 5) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji;
- 6) w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z podmiotem leczniczym MSW, o którym mowa w § 3 pkt 1, i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi, a w przypadku lekarza pełniącego służbę – w ramach zwolnienia od zajęć służbowych, na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu specjalizacji w podmiocie leczniczym MSW prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 19f ust. 3 ustawy;
- 7) w ramach umowy cywilnoprawnej.

§ 5. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 1 pkt 3 ustawy, lekarz składa po uprzednim uzyskaniu odpowiednio zgody przełożonego albo pracodawcy.

§ 6. 1. Lekarz może odbywać szkolenie specjalizacyjne po zawarciu pisemnej umowy z kierownikiem jednostki organizacyjnej podległej lub nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo podmiotu leczniczego MSW, w których pełni służbę lub jest zatrudniony, określającej wzajemne prawa i obowiązki.

2. Tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 3 pkt 2, odbywa się zgodnie z przepisami wydanymi odpowiednio na podstawie art. 16x ust. 1 i 2 ustawy.

§ 7. Lekarz powiadamia kierownika, o którym mowa w § 6 ust. 1, o rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego.

§ 8. Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego otrzymuje:

- 1) skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonym podmiocie leczniczym MSW ze wskazaniem trybu i okresu jego odbywania;
- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 3) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych, którego wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 4) informację o obowiązującym programie specjalizacji zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 9. Lekarz zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 6 listopada 2007 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentyzę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1631 oraz z 2009 r. Nr 131, poz. 1084) odbywa ją zgodnie z dotychczasowym programem specjalizacji i okresem jej trwania, określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyżów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.<sup>4)</sup>

Minister Spraw Wewnętrznych: *wz. P. Stachańczyk*

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 13, poz. 85, z 2008 r. Nr 170, poz. 1050, z 2010 r. Nr 198, poz. 1320 oraz z 2011 r. Nr 274, poz. 1627.

<sup>4)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 6 listopada 2007 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentyzę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1631 oraz z 2009 r. Nr 131, poz. 1084), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyżysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658).

WZÓR

.....  
(pieczęć Ministerstwa Spraw Wewnętrznych)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację

**KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO nr .....**

**w dziedzinie .....**

**Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego:**

**Dane osobowe:**

1. Imię i nazwisko .....
2. Miejsce i data urodzenia (w przypadku lekarzy cudzoziemców) .....
3. Płeć .....
4. Numer PESEL ....., a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu ..... oraz kraj wydania ..
5. Obywatelstwo (obywatelstwa) .....
6. Adres miejsca zamieszkania .....
7. Tytuł zawodowy .....
8. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu: „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” .....
9. Członek Okręgowej Izby Lekarskiej w ..... nr rejestracyjny .....
10. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data uzyskania) .....
11. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację .....
- .....
12. Okres szkolenia: od dnia ..... do dnia .....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć Ministra Spraw Wewnętrznych)

13. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .....

.....  
(nazwa posiadanej specjalizacji, stanowisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu)

14. Data rozpoczęcia specjalizacji .....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego MSW prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

15. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do dnia .....

przyczyna przedłużenia .....

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego MSW prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

16. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do dnia .....

przyczyna przedłużenia .....

.....  
.....

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego MSW prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI****I ROK SZKOLENIA****1. Kurs wprowadzający:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data).....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu)**2. Kursy szkoleniowe:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data).....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data).....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data).....  
(podpis i pieczęć kierownika kursu)**3. Staże kierunkowe:**

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....

nazwa komórki organizacyjnej .....

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data).....  
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie .....  
 okres .....  
 nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
 .....  
 nazwa komórki organizacyjnej .....  
 .....  
 potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....  
 .....  
 (data) ..... (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

- Staż kierunkowy w zakresie .....  
 okres .....  
 nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....  
 .....  
 nazwa komórki organizacyjnej .....  
 .....  
 potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....  
 .....  
 (data) ..... (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

**4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 (data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Formy samokształcenia** .....  
**rodzaj** .....  
 .....  
**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa** .....  
 .....  
 (data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Dyżury medyczne** .....  
**komórka organizacyjna** .....  
**liczba dyżurów** .....  
 .....  
 (data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji .....**

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## II ROK SZKOLENIA

### 1. Kursy szkoleniowe:

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

.....  
temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

### 2. Staże kierunkowe:

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

.....  
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)



– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....

nazwa komórki organizacyjnej .....

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

**3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych .....**

.....

.....

.....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia .....**

**rodzaj .....**

**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne .....**

**komórka organizacyjna .....**

**liczba dyżurów .....**

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji .....**

.....

.....

.....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

**III ROK SZKOLENIA****1. Kursy szkoleniowe:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

**2. Staże kierunkowe:**

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....

nazwa komórki organizacyjnej .....

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

**3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....

.....

.....

.....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia** .....

**rodzaj** .....

.....

**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne** .....

**komórka organizacyjna** .....

**liczba dyżurów** .....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....

.....

.....

.....

.....

(data) ..... (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

**IV ROK SZKOLENIA****1. Kursy szkoleniowe:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

**2. Staże kierunkowe:**

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....

nazwa komórki organizacyjnej .....

.....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

**3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia** .....

**rodzaj** .....

.....

**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne** .....

**komórka organizacyjna** .....

**liczba dyżurów** .....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

**V ROK SZKOLENIA****1. Kursy szkoleniowe:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika kursu)

**2. Staże kierunkowe:**

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....

nazwa komórki organizacyjnej .....

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

**3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych .....**

.....

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia .....**

**rodzaj .....**

**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne .....**

**komórka organizacyjna .....**

**liczba dyżurów .....**

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji .....**

.....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI:**

.....

.....

.....

.....

.....

**VI ROK SZKOLENIA****1. Kursy szkoleniowe:**

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczęć kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczęć kierownika kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs: .....

temat .....

Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu

.....  
(data) (podpis i pieczęć kierownika kursu)

**2. Staże kierunkowe:**

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....  
nazwa komórki organizacyjnej .....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....  
(data) (podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)



– Staż kierunkowy w zakresie .....

okres .....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....

.....

nazwa komórki organizacyjnej .....

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego – ocena .....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika stażu kierunkowego)

**3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych** .....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**4. Formy samokształcenia** .....

**rodzaj** .....

.....

**w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa**

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**5. Dyżury medyczne** .....

**komórka organizacyjna** .....

**liczba dyżurów** .....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji** .....

.....

.....

.....

(data) (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

**UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SPECJALIZACJI :**

.....

.....

.....

.....

.....

**Kolokwium z zakresu zdrowia publicznego:**

Podmiot przeprowadzający kolokwium

.....  
 .....

.....  
 (ocena)

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczętka przeprowadzającego kolokwium)

**ZALICZENIE MODUŁU PODSTAWOWEGO**

Pan/Pani .....  
 wpisany(na) do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem .....  
 odbył(ła) szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego zgodnie z programem specjalizacji oraz  
 zaliczył(ła) program modułu podstawowego w zakresie .....

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczętka lekarza wyznaczonego przez kierownika  
 jednostki organizacyjnej, w której lekarz odbywał moduł podstawowy)

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczętka kierownika jednostki prowadzącej  
 szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu  
 podstawowego)

.....  
 (pieczętka jednostki prowadzącej szkolenie  
 specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego)

**ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI**

Pan/Pani ..... wpisany(na) do rejestru lekarzy  
 odbywających specjalizację w podmiocie leczniczym MSW pod numerem

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

odbył(ła) zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył(ła) specjalizację w dziedzinie

.....

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczętka kierownika jednostki  
 prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

.....  
 (pieczętka jednostki prowadzącej  
 szkolenie specjalizacyjne)

## WZÓR

**INDEKS WYKONANYCH  
ZABIEGÓW I PROCEDUR  
MEDYCZNYCH**

Nr...../..... r.

**INSTRUKCJA**

Lekarz/lekarz dentysta odbywający specjalizację wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczył jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego. Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

- 1) numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację,
- 2) nazwa stażu szkoleniowego,
- 3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, oraz w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”,
- 4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 5) miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 6) inicjały oraz płeć pacjenta,
- 7) nazwisko lekarza wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
- 8) nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta,
- 9) nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
- 10) podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego.



Nazwa stażu	Nazwa zabiegu lub procedury wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego, określonych programem specjalizacji	Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych