

Warszawa, dnia 20 kwietnia 2020 r.

Poz. 701

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ**

z dnia 25 marca 2020 r.

**w sprawie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej**

Na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) regulamin postępowania kwalifikacyjnego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza i lekarza dentyistę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej, zwanego dalej „lekarzem MON”;
- 2) tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza MON;
- 3) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

**§ 2.** Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o kierowniku jednostki organizacyjnej, to należy przez to rozumieć dowódcę, szefa, dyrektora, komendanta, a także kierownika komórki organizacyjnej.

**§ 3.** Lekarz MON może odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach miejsc szkoleniowych udostępnionych Ministrowi Obrony Narodowej, na jego wniosek, odpowiednio przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo wojewodę.

**§ 4. 1.** Minister Obrony Narodowej przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza MON zgodnie z regulaminem postępowania kwalifikacyjnego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, który jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Minister Obrony Narodowej wydaje lekarzowi MON skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

**§ 5. 1.** Lekarz MON będący żołnierzem może odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach:

- 1) pełnienia służby na stanowisku służbowym w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny;
- 2) zwolnienia od zajęć służbowych udzielanego na czas realizacji programu specjalizacji;
- 3) poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w zakresie zgodnym z dziedziną medycyny, w której są prowadzone te studia.

2. Lekarz MON niebędący żołnierzem może odbywać szkolenie specjalizacyjne:

- 1) na podstawie:
  - a) umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny,
  - b) umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, która określa szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,

- c) umowy o pracę zawartej z podmiotem innym niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywania ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, a także zapewniającej pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz MON pełni w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy;
- 2) w ramach:
- a) płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego na czas odbywania szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne,
  - b) poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce w zakresie zgodnym z dziedziną medycyny, w której są prowadzone te studia, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego.

**§ 6.** 1. Lekarz MON będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej przedstawia kierownikowi jednostki organizacyjnej, w której pełni służbę, w każdym roku odbywanego szkolenia specjalizacyjnego, roczny szczegółowy plan szkolenia specjalizacyjnego, ustalony przez kierownika specjalizacji, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jego zatwierdzenia.

2. Kierownik jednostki organizacyjnej, w której lekarz MON będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej pełni służbę, może wystąpić do kierownika specjalizacji z prośbą o rozliczenie czasu szkolenia specjalizacyjnego tego lekarza.

**§ 7.** W przypadku gdy lekarzowi MON kończącemu odbywanie szkolenia specjalizacyjnego pozostał do wykorzystania urlop wypoczynkowy, kierownik specjalizacji może potwierdzić odbycie szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji nie wcześniej niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia tego urlopu.

**§ 8.** Wzór dokumentu o przedłużeniu okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

**§ 9.** Potwierdzenie realizacji programu szkolenia i jego ukończenia stanowi elektronicznie odwzorowana karta szkolenia specjalizacyjnego, której wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

**§ 10.** 1. Lekarz MON, w terminie 14 dni od dnia potwierdzenia zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji, zawiadamia kierownika podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne oraz kierownika jednostki organizacyjnej, w której pełni służbę albo jest zatrudniony, o zakończeniu tego szkolenia.

2. Podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne zawiadamia niezwłocznie Ministra Obrony Narodowej o zakończeniu przez lekarza MON szkolenia specjalizacyjnego.

**§ 11.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>1)</sup>

Minister Obrony Narodowej: *wz. W. Skurkiewicz*

<sup>1)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 15 marca 2013 r. w sprawie trybu i sposobu odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. poz. 401), które na podstawie art. 4 pkt 28 lit. b ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991, z 2016 r. poz. 65, 580, 652, 832, 1579 i 2020, z 2017 r. poz. 599 i 1524, z 2018 r. poz. 697 oraz z 2019 r. poz. 1590) utraciło moc z dniem 1 maja 2017 r.

REGULAMIN POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO  
DO ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

**§ 1.** Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza Minister Obrony Narodowej na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567), zwanej dalej „ustawą”.

**§ 2. 1.** Do wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy, zwanego dalej „wnioskiem”, składanego przez lekarza lub lekarza dentystę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej, zwanego dalej „lekarzem MON”, dołącza się:

- 1) zaświadczenie pracodawcy o zatrudnieniu lekarza MON w podmiocie leczniczym, dla którego podmiotem tworzącym i nadzorującym jest Minister Obrony Narodowej, wymiarze czasu pracy oraz o okresie, na jaki została zawarta umowa o pracę;
- 2) dokumenty potwierdzające możliwość uzyskania dodatkowych punktów w postępowaniu kwalifikacyjnym, o których mowa w art. 16c ust. 10 i 10c ustawy.

2. W przypadku stwierdzenia braków formalnych lub oczywistej omyłki dotyczących wniosku lekarz MON jest wzywany przez System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, zwany dalej „SMK”, do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia przesłania wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek pozostawia się bez rozpoznania.

3. Do wniosku można dołączyć kopie dokumentów opatrzone podpisem zaufanym.

**§ 3.** Jeżeli w postępowaniu kwalifikacyjnym w określonej dziedzinie medycyny nie zostały przyznane miejsca szkoleniowe, wnioski złożone na te miejsca pozostawia się bez rozpoznania.

**§ 4. 1.** W postępowaniu konkursowym przyznaje się:

- 1) za Lekarski Egzamin Państwowy, zwany dalej „LEP”, lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy, zwany dalej „LDEP”, albo za Lekarski Egzamin Końcowy, zwany dalej „LEK”, lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy, zwany dalej „LDEK” – maksymalnie 200 punktów;
- 2) za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo za Państwowy Egzamin Specjalizacyjny, zwany dalej „PES” – maksymalnie 200 punktów;
- 3) punkty dodatkowe za:
  - a) posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego – 5 punktów,
  - b) co najmniej trzyletni okres zatrudnienia lub służby wojskowej na stanowisku służbowym do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego w jednostce akredytowanej, zgodny z kierunkiem specjalizacji – 5 punktów,
  - c) co najmniej trzyletni okres pełnienia służby wojskowej na stanowisku służbowym do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego – 1 punkt za każde 3 lata służby – maksymalnie 5 punktów,
  - d) co najmniej trzymiesięczny okres pełnienia służby w ramach Polskich Kontyngentów Wojskowych – 1 punkt za każde 3 miesiące służby, maksymalnie 5 punktów,
  - e) publikacje, o których mowa w art. 16c ust. 10 pkt 2 i 3 ustawy – po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji, maksymalnie 5 punktów;
- 4) w przypadku braku dokumentu potwierdzającego ocenę z testu stanowiącego część składową egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 1 ustawy – 140 punktów przyznanych lekarzowi MON za zaliczenie testu;

5) w przypadku braku dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny z egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 1 ustawy – 140 punktów przyznanych lekarzowi MON za posiadanie specjalizacji I lub II stopnia.

2. W postępowaniu kwalifikacyjnym uwzględnia się posiadanie tytułu specjalisty uzyskanego za granicą, który został uznany na podstawie odrębnych przepisów za równoważny z PES, i przyznaje 140 punktów albo uwzględnia się wynik LEP/LDEP albo LEK/LDEK.

**§ 5.** Za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES przyznaje się:

za średnią ocen 3,00 – 116,0 punktów,	za średnią ocen 4,00 – 156,0 punktów,
za średnią ocen 3,01 – 116,4 punktu,	za średnią ocen 4,01 – 156,4 punktu,
za średnią ocen 3,02 – 116,8 punktu,	za średnią ocen 4,02 – 156,8 punktu,
za średnią ocen 3,03 – 117,2 punktu,	za średnią ocen 4,03 – 157,2 punktu,
za średnią ocen 3,04 – 117,6 punktu,	za średnią ocen 4,04 – 157,6 punktu,
za średnią ocen 3,05 – 118,0 punktów,	za średnią ocen 4,05 – 158,0 punktów,
za średnią ocen 3,06 – 118,4 punktu,	za średnią ocen 4,06 – 158,4 punktu,
za średnią ocen 3,07 – 118,8 punktu,	za średnią ocen 4,07 – 158,8 punktu,
za średnią ocen 3,08 – 119,2 punktu,	za średnią ocen 4,08 – 159,2 punktu,
za średnią ocen 3,09 – 119,6 punktu,	za średnią ocen 4,09 – 159,6 punktu,
za średnią ocen 3,10 – 120,0 punktów,	za średnią ocen 4,10 – 160,0 punktów,
za średnią ocen 3,11 – 120,4 punktu,	za średnią ocen 4,11 – 160,4 punktu,
za średnią ocen 3,12 – 120,8 punktu,	za średnią ocen 4,12 – 160,8 punktu,
za średnią ocen 3,13 – 121,2 punktu,	za średnią ocen 4,13 – 161,2 punktu,
za średnią ocen 3,14 – 121,6 punktu,	za średnią ocen 4,14 – 161,6 punktu,
za średnią ocen 3,15 – 122,0 punkty,	za średnią ocen 4,15 – 162,0 punkty,
za średnią ocen 3,16 – 122,4 punktu,	za średnią ocen 4,16 – 162,4 punktu,
za średnią ocen 3,17 – 122,8 punktu,	za średnią ocen 4,17 – 162,8 punktu,
za średnią ocen 3,18 – 123,2 punktu,	za średnią ocen 4,18 – 163,2 punktu,
za średnią ocen 3,19 – 123,6 punktu,	za średnią ocen 4,19 – 163,6 punktu,
za średnią ocen 3,20 – 124,0 punkty,	za średnią ocen 4,20 – 164,0 punkty,

za średnią ocen 3,21 – 124,4 punktu,  
za średnią ocen 3,22 – 124,8 punktu,  
za średnią ocen 3,23 – 125,2 punktu,  
za średnią ocen 3,24 – 125,6 punktu,  
za średnią ocen 3,25 – 126,0 punktów,  
za średnią ocen 3,26 – 126,4 punktu,  
za średnią ocen 3,27 – 126,8 punktu,  
za średnią ocen 3,28 – 127,2 punktu,  
za średnią ocen 3,29 – 127,6 punktu,  
za średnią ocen 3,30 – 128,0 punktów,  
za średnią ocen 3,31 – 128,4 punktu,  
za średnią ocen 3,32 – 128,8 punktu,  
za średnią ocen 3,33 – 129,2 punktu,  
za średnią ocen 3,34 – 129,6 punktu,  
za średnią ocen 3,35 – 130,0 punktów,  
za średnią ocen 3,36 – 130,4 punktu,  
za średnią ocen 3,37 – 130,8 punktu,  
za średnią ocen 3,38 – 131,2 punktu,  
za średnią ocen 3,39 – 131,6 punktu,  
za średnią ocen 3,40 – 132,0 punkty,  
za średnią ocen 3,41 – 132,4 punktu,  
za średnią ocen 3,42 – 132,8 punktu,  
za średnią ocen 3,43 – 133,2 punktu,  
za średnią ocen 3,44 – 133,6 punktu,  
za średnią ocen 3,45 – 134,0 punkty,  
za średnią ocen 3,46 – 134,4 punktu,  
za średnią ocen 4,21 – 164,4 punktu,  
za średnią ocen 4,22 – 164,8 punktu,  
za średnią ocen 4,23 – 165,2 punktu,  
za średnią ocen 4,24 – 165,6 punktu,  
za średnią ocen 4,25 – 166,0 punktów,  
za średnią ocen 4,26 – 166,4 punktu,  
za średnią ocen 4,27 – 166,8 punktu,  
za średnią ocen 4,28 – 167,2 punktu,  
za średnią ocen 4,29 – 167,6 punktu,  
za średnią ocen 4,30 – 168,0 punktów,  
za średnią ocen 4,31 – 168,4 punktu,  
za średnią ocen 4,32 – 168,8 punktu,  
za średnią ocen 4,33 – 169,2 punktu,  
za średnią ocen 4,34 – 169,6 punktu,  
za średnią ocen 4,35 – 170,0 punktów,  
za średnią ocen 4,36 – 170,4 punktu,  
za średnią ocen 4,37 – 170,8 punktu,  
za średnią ocen 4,38 – 171,2 punktu,  
za średnią ocen 4,39 – 171,6 punktu,  
za średnią ocen 4,40 – 172,0 punkty,  
za średnią ocen 4,41 – 172,4 punktu,  
za średnią ocen 4,42 – 172,8 punktu,  
za średnią ocen 4,43 – 173,2 punktu,  
za średnią ocen 4,44 – 173,6 punktu,  
za średnią ocen 4,45 – 174,0 punkty,  
za średnią ocen 4,46 – 174,4 punktu,

za średnią ocen 3,47 – 134,8 punktu,  
za średnią ocen 3,48 – 135,2 punktu,  
za średnią ocen 3,49 – 135,6 punktu,  
za średnią ocen 3,50 – 136,0 punktów,  
za średnią ocen 3,51 – 136,4 punktu,  
za średnią ocen 3,52 – 136,8 punktu,  
za średnią ocen 3,53 – 137,2 punktu,  
za średnią ocen 3,54 – 137,6 punktu,  
za średnią ocen 3,55 – 138,0 punktów,  
za średnią ocen 3,56 – 138,4 punktu,  
za średnią ocen 3,57 – 138,8 punktu,  
za średnią ocen 3,58 – 139,2 punktu,  
za średnią ocen 3,59 – 139,6 punktu,  
za średnią ocen 3,60 – 140,0 punktów,  
za średnią ocen 3,61 – 140,4 punktu,  
za średnią ocen 3,62 – 140,8 punktu,  
za średnią ocen 3,63 – 141,2 punktu,  
za średnią ocen 3,64 – 141,6 punktu,  
za średnią ocen 3,65 – 142,0 punkty,  
za średnią ocen 3,66 – 142,4 punktu,  
za średnią ocen 3,67 – 142,8 punktu,  
za średnią ocen 3,68 – 143,2 punktu,  
za średnią ocen 3,69 – 143,6 punktu,  
za średnią ocen 3,70 – 144,0 punkty,  
za średnią ocen 3,71 – 144,4 punktu,  
za średnią ocen 3,72 – 144,8 punktu,  
za średnią ocen 4,47 – 174,8 punktu,  
za średnią ocen 4,48 – 175,2 punktu,  
za średnią ocen 4,49 – 175,6 punktu,  
za średnią ocen 4,50 – 176,0 punktów,  
za średnią ocen 4,51 – 176,4 punktu,  
za średnią ocen 4,52 – 176,8 punktu,  
za średnią ocen 4,53 – 177,2 punktu,  
za średnią ocen 4,54 – 177,6 punktu,  
za średnią ocen 4,55 – 178,0 punktów,  
za średnią ocen 4,56 – 178,4 punktu,  
za średnią ocen 4,57 – 178,8 punktu,  
za średnią ocen 4,58 – 179,2 punktu,  
za średnią ocen 4,59 – 179,6 punktu,  
za średnią ocen 4,60 – 180,0 punktów,  
za średnią ocen 4,61 – 180,4 punktu,  
za średnią ocen 4,62 – 180,8 punktu,  
za średnią ocen 4,63 – 181,2 punktu,  
za średnią ocen 4,64 – 181,6 punktu,  
za średnią ocen 4,65 – 182,0 punkty,  
za średnią ocen 4,66 – 182,4 punktu,  
za średnią ocen 4,67 – 182,8 punktu,  
za średnią ocen 4,68 – 183,2 punktu,  
za średnią ocen 4,69 – 183,6 punktu,  
za średnią ocen 4,70 – 184,0 punkty,  
za średnią ocen 4,71 – 184,4 punktu,  
za średnią ocen 4,72 – 184,8 punktu,

za średnią ocen 3,73 – 145,2 punktu,  
za średnią ocen 3,74 – 145,6 punktu,  
za średnią ocen 3,75 – 146,0 punktów,  
za średnią ocen 3,76 – 146,4 punktu,  
za średnią ocen 3,77 – 146,8 punktu,  
za średnią ocen 3,78 – 147,2 punktu,  
za średnią ocen 3,79 – 147,6 punktu,  
za średnią ocen 3,80 – 148,0 punktów,  
za średnią ocen 3,81 – 148,4 punktu,  
za średnią ocen 3,82 – 148,8 punktu,  
za średnią ocen 3,83 – 149,2 punktu,  
za średnią ocen 3,84 – 149,6 punktu,  
za średnią ocen 3,85 – 150,0 punktów,  
za średnią ocen 3,86 – 150,4 punktu,  
za średnią ocen 3,87 – 150,8 punktu,  
za średnią ocen 3,88 – 151,2 punktu,  
za średnią ocen 3,89 – 151,6 punktu,  
za średnią ocen 3,90 – 152,0 punkty,  
za średnią ocen 3,91 – 152,4 punktu,  
za średnią ocen 3,92 – 152,8 punktu,  
za średnią ocen 3,93 – 153,2 punktu,  
za średnią ocen 3,94 – 153,6 punktu,  
za średnią ocen 3,95 – 154,0 punkty,  
za średnią ocen 3,96 – 154,4 punktu,  
za średnią ocen 3,97 – 154,8 punktu,  
za średnią ocen 3,98 – 155,2 punktu,  
za średnią ocen 4,73 – 185,2 punktu,  
za średnią ocen 4,74 – 185,6 punktu,  
za średnią ocen 4,75 – 186,0 punktów,  
za średnią ocen 4,76 – 186,4 punktu,  
za średnią ocen 4,77 – 186,8 punktu,  
za średnią ocen 4,78 – 187,2 punktu,  
za średnią ocen 4,79 – 187,6 punktu,  
za średnią ocen 4,80 – 188,0 punktów,  
za średnią ocen 4,81 – 188,4 punktu,  
za średnią ocen 4,82 – 188,8 punktu,  
za średnią ocen 4,83 – 189,2 punktu,  
za średnią ocen 4,84 – 189,6 punktu,  
za średnią ocen 4,85 – 190,0 punktów,  
za średnią ocen 4,86 – 190,4 punktu,  
za średnią ocen 4,87 – 190,8 punktu,  
za średnią ocen 4,88 – 191,2 punktu,  
za średnią ocen 4,89 – 191,6 punktu,  
za średnią ocen 4,90 – 192,0 punkty,  
za średnią ocen 4,91 – 192,4 punktu,  
za średnią ocen 4,92 – 192,8 punktu,  
za średnią ocen 4,93 – 193,2 punktu,  
za średnią ocen 4,94 – 193,6 punktu,  
za średnią ocen 4,95 – 194,0 punkty,  
za średnią ocen 4,96 – 194,4 punktu,  
za średnią ocen 4,97 – 194,8 punktu,  
za średnią ocen 4,98 – 195,2 punktu,

za średnią ocen 3,99 – 155,6 punktu,

za średnią ocen 4,99 – 195,6 punktu,

za średnią ocen 5,00 – 196,00 punktów,

za ocenę 5,0 z wyróżnieniem – 200,00 punktów.

**§ 6.** Listy osób zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego Minister Obrony Narodowej ogłasza na swojej stronie internetowej oraz za pomocą SMK.



## WZÓR

.....  
(miejsowość i data)**MINISTER  
OBRONY NARODOWEJ****SKIEROWANIE DO ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NR .../...****Po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego – .....**  
(termin postępowania kwalifikacyjnego)**w dziedzinie medycyny – .....**  
(nazwa dziedziny medycyny)**wskazuję Panu/Pani – .....**  
(stopień wojskowy, tytuł naukowy, imię i nazwisko)**miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego – .....**  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne).....  
(klinika, oddział odbywania szkolenia specjalizacyjnego)**w terminie – .....**Objaśnienie:

Z niniejszym skierowaniem należy zwrócić się do wskazanego podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne. Niepodjęcie szkolenia specjalizacyjnego w okresie 3 miesięcy od dnia wskazanego w skierowaniu, jako dzień rozpoczęcia tego szkolenia (art. 160 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567), spowoduje skreślenie z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne (art. 160 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

Zgodnie z art. 16m ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, szkolenie specjalizacyjne odbywa Pan/Pani pod kierunkiem kierownika specjalizacji wyznaczonego w podmiocie leczniczym prowadzącym szkolenie specjalistyczne według programu specjalizacji dostępnego na stronie internetowej: [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl).

**MINISTER OBRONY NARODOWEJ**

## WZÓR

## MINISTER OBRONY NARODOWEJ

**DOKUMENT O PRZEDŁUŻENIE OKRESU SZKOLENIA  
SPECJALIZACYJNEGO NR ....**

Dziedzina medycyny: .....

**Część A** (wypełnia lekarz MON odbywający szkolenie specjalizacyjne)

1. Stopień\*, imię (imiona) i nazwisko .....
2. Tytuł zawodowy .....
3. Numer PESEL ....., a w przypadku jego braku dane dotyczące dokumentu potwierdzającego tożsamość .....  
(nazwa, numer dokumentu, kraj i rok wydania)
4. Adres miejsca zamieszkania .....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)
5. Telefon: nr służbowy ..... nr komórkowy\*\* .....
6. Adres e-mail\*\* .....
7. Przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego jest spowodowane: .....

(informacja dotyczy przyczyn przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego wynikających z art. 161 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567))

(opis przyczyn uzasadniających przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego, wynikających z art. 161 ust. 4 i 4a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i aktualizację moich danych osobowych przez Departament Wojskowej Służby Zdrowia zawartych w dokumencie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne)

**Część B** (wypełnia kierownik specjalizacji)

8. ....  
(tytuł zawodowy, nazwisko i imię kierownika specjalizacji)
9. Numer PESEL .....
10. Nr tel. kontaktowego .....  
Na podstawie art. .... ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty wnioskuję o przedłużenie okresu szkolenia specjalizacyjnego odbywanego przez Pana/Panią\*\*\* .....
11. Nr karty szkolenia specjalizacyjnego .....  
w dziedzinie .....  
od dnia ..... do dnia .....  
o okres .....  
(wpisać liczbę miesięcy, tygodni, o które zostanie przedłużone szkolenie specjalizacyjne)
12. Adres do korespondencji .....  
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i aktualizację moich danych osobowych przez Ministra Obrony Narodowej zawartych w dokumencie zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....  
(data)

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

**Część C** (wypełnia Minister Obrony Narodowej)

13. Imię i nazwisko .....

14. Nr rejestru .....

15. Nr karty szkolenia specjalizacyjnego .....

16. Dziedzina .....

17. Przedłużono okres szkolenia specjalizacyjnego o .....  
(podać liczbę miesięcy/tygodni)

18. Termin zakończenia szkolenia specjalizacyjnego po przedłużeniu .....  
.....  
(podać datę planowanego zakończenia szkolenia specjalizacyjnego)

Podstawa prawna przedłużenia .....  
.....

Na podstawie art. .... ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry przedłużam okres/nie przedłużam okresu\*\*\* szkolenia specjalizacyjnego.

.....  
(data)

.....  
(podpis)

Dokument wypełnia się pismem drukowanym.

Do dokumentu należy dołączyć kserokopię pierwszej i drugiej strony karty szkolenia specjalizacyjnego.

Numer dokumentu nadaje Minister Obrony Narodowej.

\* Dotyczy tylko lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej.

\*\* Podanie informacji jest dobrowolne.

\*\*\* Niepotrzebne skreślić.

WZÓR

## Karta Szkolenia Specjalizacyjnego

Imię i nazwisko

Numer karty  
szkolenia specjalizacyjnegoNumer wpisu do rejestru  
osób odbywających szkolenie  
specjalistycznePodmiot wydający kartę  
szkolenia specjalizacyjnego

Dziedzina medycyny

Kod dziedziny medycyny

Status

(Dane podstawowe – pierwsza strona)

**Dane osobowe**

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Nazwisko rodowe

numer PESEL

Płeć

Dokument  
potwierdzający tożsamość

Nr dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Kraj wydania

Miejscowość urodzenia

Data urodzenia

Obywatelstwo

**Adres**

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

**Adres korespondencyjny**

Województwo

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

**Kontakt**

Telefon

Adres e-mail

(Dane podstawowe – ciąg dalszy pierwszej strony)

**Uprawnienia zawodowe**

Numer prawa wykonywania  
zawodu, zwanego dalej „PWZ”

Podmiot wydający PWZ

Numer seryjny PWZ

Data wystawienia PWZ

Miejsce wystawienia PWZ

Numer rejestracyjny  
w okręgowej izbie lekarskiej

Rodzaj PWZ

Wystawca PWZ

**Posiadane specjalizacje**

Dziedzina medycyny

Stopień specjalizacji/  
Tytuł zawodowy

Data uzyskania

**Pozostałe dane**

Posiadany stopień naukowy  
lub tytuł zawodowy

Stopień wojskowy (dotyczy lekarzy  
będących żołnierzami w służbie czynnej)

**Informacje o skreśleniu** (dotyczy lekarzy, którzy zostali skreśleni z rejestru lekarzy odbywających  
szkolenie specjalizacyjne)

Data wydania decyzji

Tryb wydania decyzji:

- skreślenie w trybie art. 16o ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.  
o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 i 567)
- skreślenie w wyniku zmiany dziedziny szkolenia specjalizacyjnego

Przedmiot i uzasadnienie decyzji

Organ wydający decyzję

Odwzorowanie cyfrowe decyzji o skreśleniu

(Dane specjalizacji – druga strona)

**Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Tryb odbywania szkolenia  
specjalizacyjnego

aktualny tryb odbywanego szkolenia specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

**Poprzedni tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego (dotyczy osób, które zmieniły tryb)**

Tryb odbywania szkolenia  
specjalizacyjnego

aktualny tryb odbywanego szkolenia specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

**Podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Wnioskuje o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego na podstawie/w ramach: *(należy wybrać jedną z podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego wymienionych w art. 16h ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty)*

Data zmiany

Poprzednia podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego *(dotyczy osób, które zmieniły podstawę odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

**Okres szkolenia**

Planowana data rozpoczęcia szkolenia  
specjalizacyjnego

Planowana data zakończenia szkolenia  
specjalizacyjnego

Rzeczywista data rozpoczęcia szkolenia  
specjalizacyjnego

Rzeczywista data zakończenia szkolenia  
specjalizacyjnego

**Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne**

Nazwa i adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Aktualna jednostka  
prowadząca szkolenie  
specjalizacyjne

Nazwa jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

Poprzednia jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne (*dotyczy osób, które zmieniały miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego*)

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Nazwa jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Adres jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik specjalizacji***Dane kierownika specjalizacji*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

 Aktualny kierownik specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

*Poprzedni kierownik specjalizacji (dotyczy osób, którym zmieniono kierownika specjalizacji)**Dane kierownika specjalizacji*

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

 Aktualny kierownik specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko



Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

**Jednostka prowadząca moduł podstawowy (jeśli jest inna niż jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne)****Obecna jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy**

Data początku obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy (dotyczy osób, które zmieniły poprzednią jednostkę prowadzącą moduł podstawowy)**

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik modułu podstawowego****Obecny kierownik modułu podstawowego**

Data początku obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

**Poprzedni kierownik modułu podstawowego (dotyczy osób, którym zmieniono kierownika modułu podstawowego)**

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

**Jednostka prowadząca staż kierunkowy/podstawowy**

Nazwa i adres jednostki prowadzącej staż kierunkowy/podstawowy

Data początku  
obowiązaniaData końca  
obowiązania Aktualny kierownik  
specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

**Kierownik stażu**Data początku  
obowiązaniaDana końca  
obowiązania Aktualny kierownik  
stażu

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

(Adnotacje – trzecia strona)

**Adnotacje o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego**

Od dnia

Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Adnotacje o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego**

Od dnia

Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

(Adnotacje – ciąg dalszy trzeciej strony)

**Adnotacje o skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Decyzja pozytywna

Decyzja negatywna

Do dnia

Okres skrócenia  
szkolenia specjalizacyjnego (dni)

Data decyzji

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

(Program specjalizacji – czwarta strona)

**Program specjalizacji**

Nazwa programu specjalizacji

Grupa zawodowa

Dziedzina medycyny

Numer specjalizacji

Numer wariantu programu specjalizacji

Data obowiązywania od

Data obowiązywania do

Załącznik

**Moduły**

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

(Program specjalizacji – ciąg dalszy czwartej strony)

### Kursy specjalizacyjne

Nazwa kursu

Numer specjalizacji

Numer kolejny kursu

Typ kursu

Liczba dni kursu

Rok szkolenia

Fakultatywny

### Staż kierunkowy

Nazwa stażu

Liczba dni stażu

Rok szkolenia

Zrealizowano częściowo

### Szkolenie w zakresie wykonywanych procedur i zabiegów medycznych

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

**Procedura:** (nazwa procedury)

Liczba procedur

Czas trwania samokształcenia

Czas pełnienia dyżurów

Liczba dni urlopu

Liczba dni wolnych od pracy

*(Indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych – piąta strona)*

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

**Kategoria: Wykaz oraz liczba procedur i zabiegów, które lekarz jest obowiązany wykonać samodzielnie pod nadzorem lub z asystą lekarza specjalisty**

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

Liczba  
wykonanych procedurLiczba  
zaakceptowanych procedur**Procedura: (nazwa procedury)**

Liczba procedur

Liczba  
wykonanych procedurLiczba  
zaakceptowanych procedur**Wykonane zabiegi/procedury medyczne****Zabieg/ procedura medyczna**

Miejsce wykonania zabiegu/procedury medycznej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Kod zabiegu/procedury medycznej

Data wykonania

Inicjały pacjenta

Płeć pacjenta

Imię i nazwisko osoby wykonującej zabieg/procedurę medyczną

Imiona i nazwiska osób biorących udział w zabiegu/procedurze medycznej jako pierwsza lub druga asysta

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja



(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – szósta strona)

**Kurs specjalizacyjny wprowadzający**

Numer kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs specjalizacyjny**

Numer kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*Staż kierunkowy

Nazwa podmiotu prowadzącego staż

Nazwa komórki organizacyjnej

Nazwa stażu

Rok szkolenia

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Staż kierunkowy

Liczba procedur medycznych

Liczba  
wykonanych procedur  
medycznychLiczba zaakceptowanych  
procedur medycznychKod zabiegu/procedury  
medycznej**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*

## Formy samokształcenia

Rok szkolenia

Rodzaj

Tytuł

Wydawnictwo

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

## Dyżury medyczne

Rok szkolenia

Liczba godzin dyżurów

Liczba minut dyżuru

Data rozpoczęcia dyżuru

Nazwa komórki organizacyjnej

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*

Inne wymagania określone w programie specjalizacji

Rok szkolenia

Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu**

Rok szkolenia

Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Uwagi**

Dane osoby wprowadzającej uwagi

Data wprowadzenia uwag

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)

**Kursy w zakresie zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego oraz prawa medycznego**

Numer kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Rok szkolenia

Numer kolejny kursu

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Wykonywane zabiegi i procedury medyczne**

**Procedura: (Nazwa procedury)**

Liczba procedur medycznych

Liczba  
wykonanych procedur  
medycznych

Liczba zaakceptowanych  
procedur medycznych

Kod zabiegu/procedury  
medycznej

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego

(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)

### **Zaliczenie modułu podstawowego**

Nazwa modułu

Moduł podstawowy został zaliczony:

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego  
 w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

### **Potwierdzenie zaliczenia modułu podstawowego**

Data zaliczenia

Potwierdzenie

Załączniki

### **Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

### **Zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego**

Data zaliczenia

Potwierdzenie

### **Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

(Szkolenia uzupełniające MON – ciąg dalszy szóstej strony)

## **Szkolenie uzupełniające wynikające ze specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju**

### **Kursy ukończone w ramach szkolenia uzupełniającego**

#### **Kurs został zaliczony**

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
- w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

#### **Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

#### **Kurs został zaliczony**

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
- w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs został zaliczony**

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
- w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs został zaliczony**

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
- w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności



**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

**Kurs został zaliczony**

- w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego
- w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nazwa kursu

Stopień wojskowy

Stopień naukowy

Imię i nazwisko osoby prowadzącej

Data ukończenia

Data ważności

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

*(Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego – ciąg dalszy szóstej strony)*

**Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego**

Potwierdzenie

**Akceptacja**

Data akceptacji

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja