

Pieczęć jednostki organizującej kurs

--

WNIOSEK

o akredytację szkolenia przez

Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne

Wypełnia pracownik PTU	
Data wpłynięcia wniosku	
Nadany nr kursu	

Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia
Dane kontaktowe (telefon/ fax /e-mail)
Forma kształcenia <input type="checkbox"/> kurs podstawowy(<input type="checkbox"/> praktyczny, <input type="checkbox"/> teoretyczny) <input type="checkbox"/> kurs doskonalący ((<input type="checkbox"/> praktyczny, <input type="checkbox"/> teoretyczny) <input type="checkbox"/> konferencja/symposium
Tytuł szkolenia
Termin szkolenia
Miejsce realizacji szkolenia
Nazwa placówki Ulica i nr lokalu Miejscowość
Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenie
Planowana liczba uczestników szkolenia:

Jeżeli kurs praktyczny:

- liczba aparatów USG:
- liczba konsultantów/trenerów:

Liczba godzin kształcenia (1 godzina = 60 minut)

Wykłady:

Ćwiczenia:

Łącznie:

Forma zaliczenia szkolenia

- test
- sprawdzian praktyczny
- inne

Forma oceny organizacji i przebiegu szkolenia przez uczestników

- ankieta
- inne

Osoby odpowiedzialne za realizację szkolenia zgodnie z programem

Kierownik naukowy
Imię i nazwisko
Stopień naukowy
Specjalizacja
Wykładowca akademicki: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż w pracy w dydaktyce
Przynależność do PTU: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Wykładowca
Imię i nazwisko
Stopień naukowy
Specjalizacja
Wykładowca akademicki: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż w pracy w dydaktyce
Przynależność do PTU: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Wykładowca
Imię i nazwisko
Stopień naukowy
Specjalizacja
Wykładowca akademicki: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż w pracy w dydaktyce
Przynależność do PTU: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Wykładowca
Imię i nazwisko
Stopień naukowy
Specjalizacja
Wykładowca akademicki: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż w pracy w dydaktyce
Przynależność do PTU: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Wykładowca
Imię i nazwisko
Stopień naukowy
Specjalizacja
Wykładowca akademicki: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż w pracy w dydaktyce
Przynależność do PTU: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Wykładowca
Imię i nazwisko
Stopień naukowy
Specjalizacja
Wykładowca akademicki: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż w pracy w dydaktyce
Przynależność do PTU: tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

W przypadku większej liczby wykładowców informacje o nich należy podać na dodatkowym formularzu

Załączone dokumenty:

Do wniosku – przed rozpoczęciem szkolenia:

- CV wykładowców
- szczegółowy program kształcenia

Po zakończeniu szkolenia:

- Lista uczestników, którzy ukończyli szkolenie
- Lista wykładowców szkolenia
- Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia
- Krótka ocena szkolenia przez kierownika naukowego.

Kierownik jednostki organizującej kurs

Kierownik naukowy kursu

.....
data i podpis

.....
data i podpis

Opinia Zarządu Głównego

Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego

.....

(proszę wpisać tytuł szkolenia oraz termin)

Forma szkolenia

.....

Decyzja Zarządu Głównego PTU

Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne

- udziela akredytacji
- nie udziela akredytacji

ilość punktów do Certyfikatu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego:

.....
.....

Data:

Zarząd Główny PTU

.....

.....