



SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR
Dékán: Dr. Nagy Katalin egyetemi tanár



H-6720 SZEGED, Tisza Lajos körút. 64. Tel.: (62)545-299, Fax:(62)545-282

email: stoma@stoma.szote.u-szeged.hu

JELENTKEZÉSI LAP
költségtérítéssel szakfoglórvos képzésre

Alulírott
születési helye, ideje:.....
jelentkezem a 20.....-én induló költségtérítéssel
szakfoglórvos képzésre.

Választott szakirány:

Akkreditált szakképzőhely neve, címe:.....
.....
.....

Jelentkező diploma szerzésének helye, ideje:
.....

Jelentkező értesítési címe:
.....

Jelentkező telefonszáma:

Jelentkező e-mail címe:

Dátum:

.....
aláírás



SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
FOGORVOSTUDOMÁNYI KAR
Dékán: Dr. Nagy Katalin egyetemi tanár



H-6720 SZEGED, Tisza Lajos körút. 64. Tel.: (62)545-299, Fax:(62)545-282

email: stoma@stoma.szote.u-szeged.hu

Befogadó nyilatkozat
szakképesítés megszerzéséhez

Szakképesítés megnevezése:

Szakképzésre jelentkező neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:

Orvosi nyilvántartási száma:

Részképző helyként akkreditált egészségügyi szolgáltató

neve:

címe:

elérhetősége:.....

Tutor neve:

nyilvántartási száma:

szakképesítése:

szakképesítésének kelte:.....

A szakképesítés megszerzéséhez előírt 36 hónapos képzési időre heti 36 órában biztosítom a felkészülését. Tutorként hatékony munkakapcsolatot tartok fenn a SZTE Fogorvostudományi Kar oktatójával, aki a szakképzést mentorként irányítja.

Dátum:

P.h.

.....
Egészségügyi szolgáltató
vezetőjének aláírása