

Špecializačné štúdium v medicíne

Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine má priznané právo uskutočňovať špecializačné študijné programy v zdravotníckom povolání **lekár**:

- **Vnútorné lekárstvo**
- **Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy**
- **Hematológia a transfuziológia**
- **Neurológia**
- **Pneumológia a ftizeológia**
- **Chirurgia**
- **Dermatovenerológia**
- **Urológia**
- **Infektológia**
- **Pediatrica**
- **Gynekológia a pôrodnictvo**

Podmienkou pre zaradenie do špecializačného štúdia je úspešné ukončenie vysokoškolského doktorského štúdia v študijnom odbore všeobecné lekárstvo, ako aj odborná, zdravotná a etická spôsobilosť na výkon práce v zdravotníctve. Uchádzač sa zaraďuje do špecializačného štúdia podľa Nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 322/2006 Z.z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností a ďalších nadväzujúcich úprav a nariadení.

Doklady potrebné k zaradeniu do špecializačného štúdia:

- Žiadosť potvrdená a podpísaná navrhovateľom a žiadateľom
- Vysokoškolský diplom (overená kópia)
- Doklady o získaných špecializáciách/certifikátoch (overené kópie)

Uchádzači o špecializačné štúdium môžu žiadosti podávať od 1. augusta 2006 na adresu:

**Dekanát Jesseniovej lekárskej fakulty UK
Referát pre špecializačné štúdium v medicíne
ul.Záborského 2
036 45 Martin**

Kontakt: andrisova@jfmed.uniba.sk; tel. č.: 043/4220432

Formulár na stiahnutie:

- Žiadosť o zaradenie do špecializačného štúdia

Ž I A D O S Ť
o zaradenie do špecializačného štúdia

Návrh na zaradenie dáva:

pre:

Priezvisko, meno, titul:

Rodený/á: Štátne občianstvo:

Miesto narodenia: Dátum narodenia: ___/___/_____

Trvalý pobyt:

Tel./fax: e-mail:

Prechodný pobyt:

Ukončené vzdelanie: Študijný odbor:

Univerzita, fakulta, miesto:

Dátum ukončenia: ___/___/_____ Číslo diplomu:

Adresa navrhovateľa¹:

Pracovisko/oddelenie: Pracovné zaradenie:

Tel./fax: V pracovnom pomere od:

Žiadam o zaradenie do špecializačného štúdia na výkon práce v zdravotníctve:

.....

Doterajšia prax v špecializačnom odbore:

..... od – do

..... od – do

Doteraz získaná špecializácia:

Odbor: Dátum: Číslo diplomu:

Odbor: Dátum: Číslo diplomu:

Dátum: ___/___/_____

Podpis uchádzača:

Dátum: ___/___/_____

Pečiatka a podpis navrhovateľa¹:

¹ zamestnávateľ, lekár samosprávneho kraja

²nehodiace sa preškrtnúť

Vyjadrenie odborného garanta:

.....

.....

.....

Dátum: ___/___/_____

Podpis:

Vyjadrenie vzdelávacej ustanovizne:

.....

.....

.....

Dátum: ___/___/_____

Podpis:

Prílohy: Fotokópia vysokoškolského diplomu