

Regisztrációs lap a szakorvosok átképzési programjához

1. Személyes adatok:

Családi név: _____

Utónév: _____

Születési név: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Állandó lakcím: _____

Levelezési cím: _____

Telefonszám, fax: _____

E-mail cím: _____

Állampolgárság: _____

Orvosi pecsétszám: _____

Működési nyilvántartás érvényessége: 20 _____ -ig

Kérjük jelölje meg azokat a megyéket, és/vagy körzeteket, melyek felkeltették érdeklődését, illetve a megpályázott körzetet:

Kérjük jelölje meg, hogy melyik egyetem keretében végzi/tervezi egyéni képzési tervét

2. Diploma, szakvizsga:

Orvosi diploma:

Kelte: _____

Egyetem neve: _____

Diploma száma: _____

Szakvizsga 1:

Szak: _____

Kelte: _____

Egyetem neve: _____

Szakvizsga száma: _____

Szakvizsga 2:

Szak: _____

Kelte: _____

Egyetem neve: _____

Szakvizsga száma: _____

3. Háziiorvosi szakvizsgáláshoz szükséges, teljesített egészségügyi gyakorlatok:

belgyógyászat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

gyermekgyógyászat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

sebészet:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

szülészeti-nőgyógyászat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

neurológia:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

pszichiátria:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

sürgősségi ellátás:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

háziiorvosi gyakorlat:

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

_____ év _____ hó-tól _____ év _____ hó-ig _____ helyszín

Tájékoztatjuk, hogy

**a regisztrációs lapot kiegészítve
önéletrajzzal,
diploma másolattal,
szakvizsga bizonyítvány másolatával,
valamint az eddigi, a háziorvosi szakvizsgáláshoz szükséges, teljesített egészségügyi
gyakorlatok igazolásáról szóló igazolások másolatával kérjük a**

- elektronikus formában az alapellatas@okfo.gov.hu e-mail címre, vagy
- az Országos Kórházi Főigazgatósághoz címzett levélben az Alapellátásfejlesztési Igazgatóság 1525 Budapest 114 Pf.:32. címre eljuttatni szíveskedjen.