

ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR

Dékáni Hivatal

Szak- és Továbbképzési Központ

H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 94

Telefon: 52/258-013

email:sarisz@med.unideb.hu

**JELENTKEZÉSI LAP**

**LICENC képzésre**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* (licenc megnevezése)

**a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján**

|  |
| --- |
| jelentkező neve: |
| jelentkező születési neve: |
| jelentkező egészségügyi tevékenység során használt neve: | anyja neve: |
| születési hely: | születési idő: |
| állampolgárság: | személyi ig. száma: |
| állandó lakcím: | értesítési cím: |
| telefonszám (mobil): | e-mail cím: |
| diploma kiállításának helye: | diploma száma: |
| diploma kelte: | minősítése: |
| honosító egyetem:\* | honosítás dátuma: |
| bemeneti követelményként előírt szakképesítése: | szakképesítés száma, kelte: |
| orvosi pecsétszám: | működési nyilvántartás érvényessége: |
| jelenlegi munkahelye (név, cím, osztály megjelölésével): |

\* csak abban az esetben kell kitölteni, ha a diplomát külföldi egyetemen szerezte

Dátum: ...............................................

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 jelentkező aláírása

A fenti személy licenc képzésre jelentkezését támogatom.

Dátum: ................................................

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 munkahelyi vezető aláírása, P.H.