

ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR

Dékáni Hivatal

Szak- és Továbbképzési Központ

H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 94

Telefon: 52/258-013

email:[sarisz@med.unideb.hu](mailto: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.