# **Debreceni Egyetem**

# **ÁOK DH Szak- és Továbbképzési Központ**

# **KÉRVÉNY**

(Beadási határidő: a kérvényben szereplő módosítás kezdő időpontja előtt legalább 1 hónappal)

**Név: …………………………………………… Pecsétszám/Nyilvántartási szám:.………...**

**Képzés formája: □ első alap □ újabb alap □ RÉ □ Nem orvosi**

( Kérem, hogy a megfelelő négyzetet X-el jelölje)

**Szakképzés kezdete:………………Szakma:…………………………………………………**

**Munkáltató/Elsődleges képzőhely: ………………………………..………………..……..…**

**Értesítési cím: …...………………………………………………………………………..…..**

**Mobilszám: ………………………… E-mail:…………………………………………….…**

**Kérvény tárgya:**

⬜ **Szolgáltató váltás** (csatolandó: új munkáltatóval kötött szerződés másolata, munkaviszony megszűnéséről szóló igazolás másolata, OKFŐ engedély, akkreditációs igazolás, módosított képzési terv)

⬜ **Szakváltás** (csatolandó: OKFŐ engedély, elengedő nyilatkozat a grémiumvezetőtől, beszámítások megjelölésével módosított képzési terv, leckekönyv, 2 db igazolvány kép)

⬜ **Gyakorlati idő beszámítás** (csatolandó: munkáltatói igazolás, munkahelyi vezető igazolása a munkahelyen végzett tevékenységről, akkreditációs igazolás, beszámítás megjelölésével módosított képzési terv)

⬜ **Ph.D beszámítás:** (csatolandó: Ph.D oklevél másolata, kivonat a megjelent közlemények első oldaláról, beszámítás megjelölésével módosított képzési terv)

⬜ **Képzés szüneteltetése / felfüggesztése**

⬜ **Szakképzés folytatása** (csatolandó: részletes munkáltatói igazolás, felgyűlt szabadság számáról igazolás, képzési terv)

⬜ **Egyetemváltás** (csatolandó: elengedő és fogadó nyilatkozat a grémiumvezetőktől, egyetemektől)

⬜ **Egyéb**:…………………...............................................................................................................

**Módosítás kezdő időpontja: …...………………………………………………**

**Képzés szüneteltetése/felfüggesztése esetén, a képzés várható folytatásának időpontja……………**

**A kérés rövid leírása indoklással:**

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Aláírásommal igazolom, hogy a kérvényben, illetve a mellékletekben szereplő adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: ………………………………

 ….…………………………………… jelölt aláírása, orvosi pecsét

**Grémiumvezető véleményezése:**

Támogatom / Kiegészítést kérek / Nem támogatom

Indoklás:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

….………………………………… PH.

grémiumvezető

Kelt: ………………………………

**Dékánhelyettes véleményezése grémiumvezető javaslata alapján:**

Engedélyezem / Kiegészítést kérek / Nem engedélyezem

Indoklás:

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

….…………………………………

 Prof. Dr. Szegedi Andrea PH.

szak- és továbbképzési dékánhelyettes

Kelt: ………………………………