**nyilatkozat A 31 723 01 OKJ azonosító számú BetegkísérŐ**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11164–16 Logisztika | **Mentésirányítás gyakorlat: Betegszállítás irányító csoport 16 óra** | **igen/nem** |
| **Betegszállítás-irányítási gyakorlat: Betegszállító szolgálat/ kivonuló betegszállító egység 44 óra** | **igen/nem** |
| 11165–16 Mentéstechnika | **Mentőgépkocsi/ Kiemelt mentőgépkocsi gyakorlat/ Esetkocsi gyakorlat 36 óra** | **igen/nem** |
| **II. vagy III. proresszivitási szintű sürgősségi osztály 12 óra** | **igen/nem** |
| **Traumatológiai sürgősségi ambulancia 12 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**P.H.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat Az 55 725 03 OKJ azonosító számú Citológiai szakasszisztens**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11118-16 Citotechnológia | Speciális műszer- és labortechnológia: **Általános kórbonctan és kórszövettan progresszív ellátási szint II. vagy III. szintű citológiai laboratóriumban 35 óra** | **igen/nem** |
| Szakmai informatika, minőségbiztosítás: **Általános kórbonctan és kórszövettan progresszív ellátási szint II. vagy III. szintű citológiai laboratóriumban 14 óra** | **igen/nem** |
| 11119-16 Nőgyógyászati citodiagnosztika | Cervix citológiai gyakorlat, gyakorlati kenetvizsgálat: **Általános kórbonctan és kórszövettan progresszív ellátási szint II. vagy III. szintű citológiai laboratóriumban 461 óra** | **igen/nem** |
| 11120-16 Egyéb citológiai vizsgálatok | Exfoliatív citológiai diagnosztika: **Általános kórbonctan és kórszövettan progresszív ellátási szint II. vagy III. szintű citológiai laboratóriumban: 105 óra** | **igen/nem** |
| Aspirációs citológiai diagnosztika: **Általános kórbonctan és kórszövettan progresszív ellátási szint II. vagy III. szintű citológiai laboratóriumban: 105 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**P.H.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat Az 55 725 04 OKJ azonosító számú endoszkópos szakásszisztens**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11132-16 Fertőtlenítési és sterilizálási ismeretek az endoszkópos laborokban | **Endoszkópos laboratórium 60 óra** | **igen/nem** |
| 11133-16 Endoszkópos beavatkozások előkészítése és lebonyolítása | **Endoszkópos laboratórium 300 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**P.H.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat Az 55 720 01 OKJ azonosító számú EGÉSZSÉGÜGYI GYAKORLATVEZETŐ**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11126-12 Szakmódszertan | **Felnőttképzési intézet: 128 óra** | **igen/nem** |
| **Egészségügyi szakképzést folytató közoktatási intézet: 128 óra** | **igen/nem** |
| **Egészségügyi ellátórendszer klinikai gyakorlóterülete: 256 óra** | **igen/nem** |
| **Kötelező vagy szabadon választott szakmacsoportos továbbképzés szervezése akkreditált intézmény: 88 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**PH.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat A 31 725 01 OKJ azonosító számú fertőtlenítő-sterilező**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11112-16 Fertőtlenítés-sterilizálás | **Központi sterilizáló: 90 óra** | **igen/nem** |
| **Infektológiai osztály / Gasztroenterológiai osztály: 30 óra** | **igen/nem** |
| **Műtő: 60 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**PH.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat A 55 725 18 OKJ azonosító számú klinikai laboratóriumi szakasszisztens**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11194-12 Részletes laboratóriumi ismeretek | Hematológiai, hemosztazeológiai gyakorlat: **FJ2 besorolású tanúsítvánnyal rendelkező klinikai laboratórium 40 óra** | **igen/nem** |
| Részletes klinikai, kémiai és immunkémiai gyakorlat: **FJ2 besorolású tanúsítvánnyal rendelkező klinikai laboratórium 56 óra** | **igen/nem** |
| Mikrobiológai gyakorlat: **II.-es besorolású mikrobiológiai laboratórium 48 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**PH.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat Az 55 725 15 OKJ azonosító számú műtéti szakasszisztens**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11200-12 Műtőszolgálat-fertőtlenítés | **Műtő: 64 óra** | **igen/nem** |
| **Központi sterilizáló: 16 óra** | **igen/nem** |
| 11201-12 Műtőtechnika, gipszelési alapismeretek | **Műtő: 80 óra** | **igen/nem** |
| **Gipszelő: 30 óra** | **igen/nem** |
| 11202-12 Műtét előkészítése és lebonyolítása | **Sebészeti műtő: 194 óra** | **igen/nem** |
| **Traumatológiai műtő: 142 óra** | **igen/nem** |
| **Idegsebészeti műtő: 74 óra** | **igen/nem** |
| **Urológiai műtő: 24 óra** | **igen/nem** |
| **Nőgyógyászati műtő: 48 óra** | **igen/nem** |
| **Szemészeti műtő: 24 óra** | **igen/nem** |
| **Fül-orr-gégészeti műtő: 24 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum:

**PH.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat A 32 725 01 OKJ azonosító számú műtőssegéd-gipszmester**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11204-12 Műtőszolgálati tevékenységek | **Sebészeti műtő: 48 óra** | **igen/nem** |
| **Traumatológiai műtő: 40 óra** | **igen/nem** |
| **Nőgyógyászati műtő: 24 óra** | **igen/nem** |
| **Gipszelő: 90 óra** | **igen/nem** |
| 11500-12 Munkahelyi egészség és biztonság | **Műtő: 12 óra** | **igen/nem** |
| **Gipszelő: 12 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum: **PH.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője

**nyilatkozat A 55 723 14 OKJ azonosító számú Pszichiátriai szakápoló és gyógyfoglalkoztató**

**képzési program szerinti GYAKORLATi képzési helyszínek biztosításáról**

**Intézmény neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**intézmény címe: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Kapcsolattartó neve: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Elérhetősége (telefonszám, e-mail cím): ………………………………………...……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Követelménymodul azonosító száma és megnevezése** | **Képzési program szerinti szakmai gyakorlati helyszínek és óraszámok** | **Nyilatkozat\*** |
| 11215-12 Pszichiátriai szakápolás | **Pszichiátriai felvételes osztály / akut pszichiátriai osztály: 300 óra** | **igen/nem** |
| **Pszichiátriai rehabilitációs osztály: 36 óra** | **igen/nem** |
| **Pszichiátriai gondozó: 32 óra** | **igen/nem** |
| **Járóbeteg szakrendelések / alkoholgondozó / drogambulancia: 32 óra** | **igen/nem** |
| 11217-12 Gyógyfoglalkoztatás | **Pszichiátriai osztály / pszichoterápiás osztály / pszichiátriai rehabilitációs osztály / krízisintervenciós és pszichiátriai osztály / pszichiátriai rehabilitációs osztály: 200 óra** | **igen/nem** |
| 11905-16 Gyermek- és ifjúságpszichiátria | **Járó/fekvő ifjúsági és gyermekpszichiátria: 60 óra** | **igen/nem** |

\*A megfelelő rész aláhúzandó!

Dátum: **PH.**

……………………………………..

Nyilatkozó intézmény képviselője