**31 723 01 OKJ azonosító számú Betegkísérő részszakképesítés**

**ELŐÍRT GYAKORLAT**

**I G A Z O L Á S A**

*az emberi erőforrások minisztere 27/2016. (IX. 16.) rendelete az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről* – 2. sz. mellékletében foglaltakra vonatkozóan

**Képzésben résztvevő**

név:

születési név:

anyja neve:

születési adatok (hely, idő):

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkakör megnevezése** | **Gyakorlat időtartama** |
| egészségügyi területen eltöltött gyakorlat | 1 év |

Dátum …………………………………………..

P. H.

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

Igazoló aláírása

**55 720 01 OKJ azonosító számú Egészségügyi gyakorlatvezető szakképesítés–ráépülés**

**ELŐÍRT GYAKORLAT**

**I G A Z O L Á S A**

*az emberi erőforrások minisztere 27/2016. (IX. 16.) rendelete az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről* – 2. sz. mellékletében foglaltakra vonatkozóan

**Képzésben résztvevő**

név:

születési név:

anyja neve:

születési adatok (hely, idő):

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkakör megnevezése** | **Gyakorlat időtartama** |
| egészségügyi munkakörben eltöltött gyakorlat | 3 év |

Dátum …………………………………………..

P. H.

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

Igazoló aláírása

**55 725 04 OKJ azonosító számú Endoszkópos szakasszisztens szakképesítés–ráépülés**

**ELŐÍRT GYAKORLAT**

**I G A Z O L Á S A**

*az emberi erőforrások minisztere 27/2016. (IX. 16.) rendelete az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről* – 2. sz. mellékletében foglaltakra vonatkozóan

**Képzésben résztvevő**

név:

születési név:

anyja neve:

születési adatok (hely, idő):

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkakör megnevezése** | **Gyakorlat időtartama** |
| asszisztensi, ápolói munkakörben eltöltött szakmai gyakorlat | 1 év |

Dátum …………………………………………..

P. H.

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

Igazoló aláírása

**55 725 15 OKJ azonosító számú Műtéti szakasszisztens szakképesítés–ráépülés**

**ELŐÍRT GYAKORLAT**

**I G A Z O L Á S A**

*az emberi erőforrások minisztere 27/2016. (IX. 16.) rendelete az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről* – 2. sz. mellékletében foglaltakra vonatkozóan

**Képzésben résztvevő**

név:

születési név:

anyja neve:

születési adatok (hely, idő):

|  |  |
| --- | --- |
| **Előírt gyakorlat** | **Gyakorlat időtartama** |
| műtőben, segéd műtéti szakasszisztensi munkakörben eltöltött szakmai gyakorlat | 1 év |

Dátum …………………………………………..

P. H.

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

Igazoló aláírása

**32 725 01 OKJ azonosító számú Műtőssegéd-gipszmester szakképesítés**

**ELŐÍRT GYAKORLAT**

**I G A Z O L Á S A**

*az emberi erőforrások minisztere 27/2016. (IX. 16.) rendelete az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről* – 2. sz. mellékletében foglaltakra vonatkozóan

**Képzésben résztvevő**

név:

születési név:

anyja neve:

születési adatok (hely, idő):

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkakör megnevezése** | **Gyakorlat időtartama** |
| munkahelyi gyakorlat egészségügyi intézményben | 0,5 év |

Dátum …………………………………………..

P. H.

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

Igazoló aláírása

**55 723 14 OKJ azonosító számú Pszichiátriai szakápoló és gyógyfoglalkoztató szakképesítés–ráépülés**

**ELŐÍRT GYAKORLAT**

**I G A Z O L Á S A**

*az emberi erőforrások minisztere 27/2016. (IX. 16.) rendelete az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről* – 2. sz. mellékletében foglaltakra vonatkozóan

**Képzésben résztvevő**

név:

születési név:

anyja neve:

születési adatok (hely, idő):

|  |  |
| --- | --- |
| **Munkakör megnevezése** | **Gyakorlat időtartama** |
| legalább 2 év fekvőbeteg osztályon ápolói munkaterületen eltöltött idő, melyből egy munkahelyen min.1 év pszichiátriai osztályon történt | 2 év |

Dátum …………………………………………..

P. H.

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

Igazoló aláírása