**i g a z o l á s**

**elméleti továbbképzési pont teljesítéséhez**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Természetes személyazonosító adatai** | | | |
| **neve:** | |  | |
| **születési neve:** | |  | |
| **születési helye, ideje:** | |  | |
| **anyja születési neve:** | |  | |
| **Működési (ennek hiányában alap) nyilvántartási száma:** | | |  |
| **Szakmacsoport szerinti szakképesítés (szakképesítések) megnevezése:** | | | |
| **Szakmacsoport\*:** | |  | |
| **Szakmacsoporton belüli szakképesítések\*\*:** | 1. |  | |
| 2. |  | |
| 3. |  | |

|  |
| --- |
| **A továbbképzés szervezőjének neve, címe** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A továbbképzés adatai** | | | | |
| ***helye:*** |  | | | |
| ***ideje:*** |  | | | |
| ***címe:*** |  | | | |
| ***nyilvántartási száma:*** |  | | | |
| ***típusa*** | kötelező |  | szabadon választható |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A továbbképzés teljesítésével megszerzett pontérték** |  |

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(cégszerű) aláírás

**\*** egy szakmacsoportot szükséges megjelölni, melyre a szakdolgozó a továbbképzési pontigazolását kéri

**\*\*** *hivatkozás*az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 1.§ (3) bekezdés