**REGULAMINU KURSU SPECJALIZACYJNEGO  
pt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rozdział I**

**Organizacja kursu szkoleniowego**

§1

Organizatorem kursu jest Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk Biomedycznych   
i Kształcenia Podyplomowego we współpracy z \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nazwa jednostki prowadzącej kurs*) zwanym dalej „Współorganizatorem”.

§2

1. Za właściwą organizację kursu odpowiedzialny jest kierownik naukowy kursu.
2. W celu potwierdzenia realizacji kursu sporządza się kartę przebiegu kursu według załączonego wzoru (zał. 1).

§3

1. Kurs prowadzony będzie w systemie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*ciągłym/nieciągłym*).

2. Edycja kursu obejmuje \_\_\_\_\_ dni i trwa \_\_\_\_\_ godzin dydaktycznych.

§4

1. Kurs przeznaczony jest dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*lekarzy/lekarzy dentystów*), którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*przed 01.10.2014 / po 01.10.2014*) roku.
2. Liczba uczestników kursu wynosi maksymalnie \_\_\_\_\_ osób.

§5

1. Uczestniczenie we wszystkich zajęciach kursu jest obowiązkowe oraz zostaje odnotowane na imiennej liście obecności uczestników kursu.
2. Uczestnicy potwierdzają swoją obecność własnoręcznym podpisem każdego dnia trwania kursu.

§6

Zajęcia dydaktyczne odbywają się w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*siedzibie Współorganizatora kursu/Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*).

**Rozdział II**

**Zasady i sposób naboru uczestników kursu**

§7

1. Informacja o naborze uczestników zamieszczona jest na stronach internetowych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz Wydziału Nauk Biomedycznych   
   i Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

§8

1. Warunkiem uczestnictwa w kursie jest przesłanie formularza zgłoszenia przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*lekarza/lekarza dentystę)* nie później niż 30 dni przed planowanym rozpoczęciem kursu.
2. W przypadku braku wystarczającej liczby chętnych zgłoszenia będą przyjmowane do dnia poprzedzającego planowane rozpoczęcie kursu.
3. Dziekanat Wydziału Nauk Biomedycznych i Kształcenia Podyplomowego przyjmuje zgłoszenia na kursy za pomocą elektronicznego formularza on-line pod adresem: <http://wnbikp.umed.lodz.pl/kurs.php> .
4. Dziekanat Wydziału Nauk Biomedycznych i Kształcenia Podyplomowego dokonuje kwalifikacji uczestników oraz wysyła w postaci elektronicznej do Współorganizatora listę osób zakwalifikowanych.
5. Osoby zakwalifikowane zostają powiadomione poprzez wiadomość e-mail o terminie, miejscu i godzinie rozpoczęcia kursu.

**Rozdział III**

**Prawa i obowiązki uczestników kursu**

§9

Osoby odbywające szkolenie mają prawo do:

1. Uzyskania informacji o kadrze wykładowców;
2. Zgłaszania uwag na temat organizacji kursu, sposobu prowadzonych zajęć, doboru kadry wykładowców oraz innych istotnych uwag związanych z realizacją szkolenia;
3. Kontynuowania szkolenia, w przypadku uzasadnionej i usprawiedliwionej na piśmie nieobecności na zajęciach, nie dłuższej jednak niż 10% czasu trwania kursu.

§10

1. Do obowiązków osób odbywających szkolenie należy:
2. Przestrzeganie regulaminu kursu;
3. Uczestniczenie we wszystkich zajęciach objętych programem;
4. Dbanie o bezpieczeństwo własne i pozostałych uczestników oraz przestrzeganie przepisów BHP;
5. Powiadomienie jednostki organizującej kurs o przyczynie nieobecności.
6. W przypadku nieusprawiedliwionej nieobecności, uczestnik zostaje skreślony z listy uczestników.

**Rozdział IV**

**Zakres obowiązków prowadzących zajęcia dydaktyczne**

§11

Wykładowcy prowadzący zajęcia dydaktyczne zobowiązani są do:

1. Przeprowadzenia zajęć w wyznaczonym terminie, miejscu i czasie;
2. Przeprowadzenie zajęć zgodnie z wymogami przedstawionego programu nauczania;
3. Stosowania w trakcie prowadzenia zajęć różnorodnych form i środków nauczania;
4. Opracowania pytań w celu sprawdzenia efektów nauczania;
5. W przypadku nagłej sytuacji, która uniemożliwia przeprowadzenie zajęć, wykładowca powinien niezwłocznie powiadomić jednostkę, która organizuje kurs lub zorganizować właściwe zastępstwo na czas nieobecności.

**Rozdział V**

**Sposób sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych**

§12

1. W celu sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych uczestników na zakończenie kursu przeprowadza się \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(kolokwium/sprawdzian)*w formie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
2. Do zaliczenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(kolokwium/sprawdzianu)* wymagane jest uzyskanie \_\_\_\_\_\_\_ % prawidłowych odpowiedzi.
3. Po zakończeniu końcowego kolokwium i weryfikacji osiągniętych przez uczestników wyników sporządza się protokół, do którego dołącza się listę uczestników kursu wraz   
   z przyporządkowanymi numerami wydanych zaświadczeń (zał.2).

§13

1. Uczestnik, po uzyskaniu pozytywnego wyniku kolokwium końcowego otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu, sporządzone według wzoru podanego na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (zał.3).
2. Zaświadczenie ukończenia kursu wydaje jednostka organizująca kurs specjalizacyjny.
3. Zalecane jest, aby zaświadczenia poświadczone były podpisem zarówno kierownika naukowego kursu, jak i kierownika jednostki, w której kurs był przeprowadzany.

§14

Współorganizator na podstawie prowadzonego centralnego rejestru zaświadczeń, z oznaczeniem daty oraz osoby, która sporządziła duplikat.

**Rozdział VI  
Sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez uczestników**

§15

Metodą ewaluacji kursu będzie wypełnianie anonimowej ankiety po zakończeniu kursu (zał.4).



**Tytuł kursu:**....................................................................................................................................................... ............................. ................................................................................................................................................   
**Numer kursu**......................................................................................................................................................

**DZIEŃ 1 ( *data*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT WYKŁADU** | **WYKŁADOWCA** | | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) |
| tytuł / stopień naukowy | Imię i Nazwisko |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **TEMAT ZAJĘĆ PRAKTYCZNYCH** | **PROWADZĄCY** | | **LICZBA GODZIN** (tylko liczby całkowite) |
| tytuł / stopień naukowy | Imię i Nazwisko |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

........................................................... .......................................................................

pieczątka i podpis kierownika jednostki pieczątka i podpis kierownika naukowego kursu



**LISTA UCZESTNIKÓW KURSU WRAZ Z NUMERAMI WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **IMIĘ/IMIONA** | **NAZWISKO** | **NR ZAŚWIADCZENIA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

pieczątka (Zał.3)

organizatora kursu

**ZAŚWIADCZENIE Nr** …./2016o ukończeniu kursu

**Lekarz** …..……………………………………………………………………………………...

**uczestniczył i zaliczył kurs specjalizacyjny**

**Nr kursu:** …………………………………

**Temat kursu**: ………………..…………………………………………………………………

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

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

**Kurs organizowany przez** ….………………………………………………………………….

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

**w czasie od** ………………………………… **do** ......................................................................

**Sposób zaliczenia kursu:** ……………………………………………………………………...

**KIEROWNIK NAUKOWY KURSU**

**KIEROWNIK PLACÓWKI ORGANIZUJĄCEJ KURS**

 (Zał.4)

Tytuł kursu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Numer kursu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Termin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurs przeznaczony dla *lekarzy/ lekarzy dentystów*\* specjalizujących się według *modułowych/dotychczasowych*\* programów specjalizacji w dziedzinie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

przeprowadzony w Klinice/Zakładzie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANKIETA OCENY KOŃCOWEJ KURSU SPECJALIZACYJNEGO**

Prosimy o dokładne wypełnienie niniejszej ankiety. Państwa opinie będą pomocne w dalszym doskonaleniu jakości kształcenia podyplomowego lekarzy w naszej Uczelni.   
**Wypełniając prosimy postawić w kratce odpowiednią ocenę według następującej skali:**

**1 - bardzo słabo / 2 – dostatecznie / 3 – dobrze / 4 – bardzo dobrze**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANIZACJA KURSU** | **OCENA** |
| Czas trwania kursu |  |
| Rozkład zajęć |  |
| Lokalizacja |  |
| Przygotowanie sal wykładowych |  |
| Dostępność informacji przekazywanych przez organizatora |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMATYKA KURSU** | **OCENA** |
| Dobór tematyki poszczególnych zagadnień |  |
| Stopień poszerzenia wiedzy z danego zakresu |  |
| Możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy zawodowej |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OCENA WYKŁADOWCY** | | | | | | |
| **Nazwisko i imię wykładowcy (bez tytułów naukowych)** | **Stopień przygotowania** | **Sposób prezentacji** | **Stosowane pomoce dydaktyczne** | **Wartość merytoryczna prezentacji** | **Otwartość na dyskusję i pytania uczestników** | **Punktualność, Strona czasowo-organizacyjna** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Uwagi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Uwaga: dane w szarych polach wypełnia Jednostka przeprowadzająca kurs przed rozdaniem ankiet*** *\* niepotrzebne skreślić*