Poz. 26

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA

z dnia 2 stycznia 2013 r.

w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów

Na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:
1) wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych;
2) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego i wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy;
3) wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego;
4) wzory wniosków o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego dla obywateli polskich i cudzoziemców;
5) tryb i sposób przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego oraz punktowe kryteria kwalifikacji lekarzy do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
6) regulamin postępowania kwalifikacyjnego;
7) szczegółowy sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego, w tym przez lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty;
8) formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia;
9) sposób i tryb uzyskania potwierdzenia posiadania umiejętności praktycznych określonych programem specjalizacji;
10) wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenie;
11) szczegółowy sposób zgłaszania się i tryb dopuszczania do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”;
12) szczegółowy sposób i tryb składania PES oraz ustalania jego wyników;
13) wzór oświadczenia dla członków Państwowych Komisji Egzaminacyjnych, zwanych dalej „PKE”;
14) tryb powoływania PKE;
15) tryb uznawania stażu szkoleniowego, staży kierunkowych lub kursów szkoleniowych odbytych za granicą lub w kraju za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji i ewentualnego skrócenia szkolenia specjalizacyjnego;

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).
2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707 oraz z 2012 r. poz. 95 i 1456.
16) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętnej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego;

17) tryb uznawania dorobku zawodowego i naukowego lekarzy posiadających stopień naukowy doktora habilitowanego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym, w tym kryteria oceny dorobku zawodowego i naukowego.

§ 2. Ilękroc w rozporządzeniu jest mowa o lekarzu, należy przez to rozumieć również lekarza dentystę.

§ 3. Ustala się:

1) wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;

2) wykaz modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;

3) wykaz specjalizacji posiadających wspólny moduł podstawowy, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;

4) wykaz modułów jednolitych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzania;

5) wykaz specjalizacji z uwzględnieniem modułów lub specjalizacji wymaganych do ich zrealizowania oraz minimalny czas ich trwania, stanowiący załącznik nr 5 do rozporządzenia;

6) wykaz specjalizacji, w których można uzyskać tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu programu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy, stanowiący załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy mogą rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny na obszarze województwa w danym postępowaniu kwalifikacyjnym w trybie rezydentury, minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej na 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego, a w zakresie pozostałych miejsc – wojewoda na stronie internetowej wojewody na 14 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego.

2. Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą”, lekarz składa w formie wniosku elektronicznego, o którym mowa w art. 16c ust. 3 ustawy, oddzielnie dla trybu rezydentury i dla trybu pozarezydenckiego, do wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne, w terminach do dnia 28 lutego – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone od dnia 1 marca do dnia 31 marca, albo do dnia 30 września – na postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzone od dnia 1 października do dnia 31 października.

3. Po wydrukowaniu i podpisaniu wniosku, o którym mowa w ust. 2, lekarz przesyła go w formie papierowej do wojewody nie później niż w terminie 3 dni od koniecznego terminu złożenia wniosku w formie elektronicznej. W przypadku złożenia wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury oraz wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie pozarezydenckim lekarz do wniosku dołącza oświadczenie, w którym wskazuje tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przypadku zakwalifikowania się na to szkolenie w dwóch trybach.

4. Lekarz ubiegający się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego może być w danym terminie dopuszczo do postępowania kwalifikacyjnego tylko w jednej dziedzinie medycyny i tylko w jednym województwie.

5. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 2, określa załącznik nr 7 do rozporządzenia.

6. Lekarz cudzoziemiec zamierający wykonywać albo wykonujący zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w celu odbycia szkolenia podyplomowego lub uzyskania stopnia naukowego, posiadający wizę lub zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, przystępuje do postępowania kwalifikacyjnego obowiązującego obywateli polskich.

7. Wzór wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza cudzoziemca określa załącznik nr 8 do rozporządzenia.

8. Lekarz cudzoziemiec, o którym mowa w ust. 6, zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego występuje do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem o wyrażenie zgody na odbycie tego szkolenia i określenie warunków finansowych jego odbywania w terminach do dnia 7 kwietnia – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 7 listopada – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października.
9. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 8, określa załącznik nr 9 do rozporządzenia.

10. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej składa wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy, do Ministra Obrony Narodowej lub wyznaczonej przez niego jednostki organizacyjnej w formie wniosku elektronicznego, o którym mowa w art. 16c ust. 3 ustawy, w terminach określonych w ust. 2. Przepisy ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

11. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 10, określa załącznik nr 10 do rozporządzenia.

12. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudniony na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniący służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych składa wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny, o którym mowa w art. 16c ust. 1 ustawy, do ministra właściwego do spraw wewnętrznych w formie wniosku elektronicznego, o którym mowa w art. 16c ust. 3 ustawy, w terminach określonych w ust. 2. Przepisy ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

13. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 12, określa załącznik nr 11 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, dwa razy w roku w terminach: od dnia 1 marca do dnia 31 marca oraz od dnia 1 października do dnia 31 października.

2. Maksymalna liczba punktów w postępowaniu konkursowym:
1) za LEP/LDEP albo LEK/LDEK wynosi 200 punktów;
2) za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES wynosi 200 punktów, przy czym punkty przyznaje się zgodnie z § 4 załącznika nr 12 do rozporządzenia;
3) punkty dodatkowe za:
   a) posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych – 5 punktów,
   b) co najmniej 3-letni okres zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego, w pełnym wymiarze czasu pracy w jednostce akredytowanej, zgodny z kierunkiem specjalizacji – 5 punktów, a w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych – dodatkowe 5 punktów,
   c) publikacje, o których mowa w art. 16c ust. 10 pkt 2 i 3 ustawy – maksymalnie 5 punktów (po 0,5 punktu za udział w jednej publikacji);
4) w przypadku braku dokumentu potwierdzającego ocenę za test stanowiący część składową za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia – wynosi 140 punktów przyznanych lekarzowi za zaliczenie testu;
5) w przypadku braku dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny za egzamin w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia – wynosi 140 punktów przyznanych lekarzowi za posiadanie specjalizacji I lub II stopnia.

3. W postępowaniu konkursowym uwzględnia się posiadanie tytułu specjalisty uzyskanego za granicą, który został uznaný na podstawie odrębnych przepisów za równoważny z PES, i przyznaje 140 punktów albo uwzględnia się wynik LEP/LDEP albo LEK/LDEK.

4. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się zgodnie z regulaminem postępowania kwalifikacyjnego, stanowiącym załącznik nr 12 do rozporządzenia.

5. W przypadku gdy lekarz nie ma dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny za egzamin w zakresie uzyskanej specjalizacji, organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, weryfikuje jej brak w placówce, która wydała dokument potwierdzający uzyskanie tej specjalizacji.

§ 6. 1. Uwzględniając liczby miejsc szkoleniowych, a w przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 3, również oświadczenia, o których mowa w tym przepisie, organ, o którym mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, sporządza i zatwierdza listę lekarzy z zakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego i listę lekarzy niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego. Listy zawierają imiona i nazwiska lekarzy. Lista lekarzy z zakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego zawiera ponadto tryb odbywania tego szkolenia. Lista lekarzy niezakwalifikowanych do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego zawiera pouczenie dotyczące weryfikacji, o której mowa w art. 16c ust. 14 ustawy.
2. Zatwierdzone listy, o których mowa w ust. 1, po wprowadzeniu kodu w miejsce danych osobowych lekarza, udostępnia się na stronie internetowej organu, o którym mowa w ust. 1, oraz do wglądu w jego siedzibie.

§ 7. 1. Wojewoda kieruje lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wybranym przez lekarza jednostce organizacyjnej, w ramach posiadicanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny, uwzględniając wynik postępowania kwalifikacyjnego, z wyjątkiem lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie art. 16h ust. 2 pkt 1 i 5 ustawy, którzy zostają skierowani w pierwszej kolejności.

2. Jeżeli w wyniku postępowania kwalifikacyjnego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny zakwalifikowało się co najmniej dwóch lekarzy deklarujących we wniosku jej odbywanie w trybie określonym w art. 16h ust. 2 pkt 3 ustawy, wojewoda może skierować do jednostki organizacyjnej, na jedno wolne miejsce szkoleniowe, tych lekarzy w liczbie umożliwiającej realizację programu specjalizacji, ustalonej przez kierującego komórką organizacyjną w jednostce organizacyjnej posiadającej akredytację do szkolenia specjalizacyjnego, na podstawie harmonogramu ich szkolenia opracowanego przez kierownika lub kierowników specjalizacji w porozumieniu z właściwym konsultantem woje-

3. Lekarzowi, który został zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego, lekarzowi, o którym mowa w art. 16 ust. 4 ustawy, oraz lekarzowi cudzoziemcowi, o którym mowa w art. 16h ust. 3 ustawy, wojewoda wydaje:

1) skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w określonej jednostce organizacyjnej ze wskazaniem trybu i okresu jego odbywania;

2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór jest określony w załączniku nr 13 do rozporządzenia;

3) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych, w którym są potwierdzane nabyte w trakcie szkolenia specjalizacyjnego umiejętności praktyczne określone programem specjalizacji; wzór indeksu wykonanych zabiegów i procedur medycznych jest określony w załączniku nr 14 do rozporządzenia;

4) informację o obowiązującym programie specjalizacji;

5) informację o obowiązku niezwłocznego zawiadomienia wojewody o zaliczeniu szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji albo przedłużeniu okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w przypadkach określonych w art. 16l ust. 1 i 2 ustawy.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, wojewoda wydaje lekarzowi zakwalifikowanemu do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po przedstawieniu przez niego dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” w terminie nie dłuższym niż 15 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, a w przypadku lekarzy korzystających:

1) z urlopu macierzyńskiego, przysługującego z art. 180, art. 1821 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.23) oraz art. 12 ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 237, poz. 1654) lub

2) ze zwolnienia lekarskiego na podstawie art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

– w terminie późniejszym, bezpośrednio po ich zakończeniu.

5. Wydając skierowanie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, dla lekarza, który zmienia tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego na rezydenturę, wojewoda określa datę zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, uwzględniając przerwy w szkoleniu, o których mowa w art. 16l ustawy, które wystąpiły w dotychczas odbywanych szkoleniach.

6. Wojewoda przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia listę lekarzy zakwalifikowanych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, w terminie nie dłuższym niż do dnia 30 kwietnia – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 30 listopada – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października.

7. Wojewoda przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia listę lekarzy zakwalifikowanych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach niewykorzystanych miejsc szkoleniowych objętych rezydenturą, o których mowa w art. 166 ust. 1 i 4 ustawy, w terminie nie dłuższym niż do dnia 30 czerwca – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 31 stycznia następnego roku – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października.

8. Listy, o których mowa w ust. 6 i 7, zawierają: imię i nazwisko lekarza, uzyskany w danym postępowaniu kwalifikacyjnym wynik wyróżniony w procentach, miejsce zajęte na liście rankingowej w danej dziedzinie medycyny, nazwę specjalizacji oraz nazwę i adres jednostki, do której lekarz otrzymał skierowanie, o którym mowa w ust. 3 pkt 1.

9. Wojewoda informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o wyniku postępowania kwalifikacyjnego cudzoziemców, o których mowa w § 4 ust. 6, w terminie nie dłuższym niż do dnia 15 kwietnia – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 15 listopada – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję w sprawie odbywania specjalizacji przez cudzoziemców, o których mowa w § 4 ust. 6, w terminie nie dłuższym niż do dnia 15 maja – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 15 grudnia – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października.

11. Wojewoda kieruje lekarza cudzoziemca, o którym mowa w ust. 10, do odbycia szkolenia specjalizacyjnego, w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 maja – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 31 grudnia – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października, po przedstawieniu przez niego zgody ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w § 4 ust. 8.

12. W przypadku zmiany statusu prawnego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej cudzoziemca, o którym mowa w § 4 ust. 6, wojewoda właściwy ze względu na miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego informuje o tym fakcie ministra właściwego do spraw zdrowia niezwłocznie po powzięciu takiej informacji.

§ 8. 1. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniący służbę lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej jest kierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 2 ustawy.

2. Lekarz będący funktionariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudniony na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniący służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych jest kierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy.

3. Lekarz będący funktionariuszem Służby Więziennej lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej jest kierowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 4 ustawy.

§ 9. 1. Jednostka organizacyjna posiadająca wolne miejsca szkoleniowe w danej dziedzinie medycyny umożliwia odbywanie szkolenia specjalizacyjnego lekarzowi skierowanemu do jego odbywania w tej jednostce.

2. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w przypadku likwidacji jednostki organizacyjnej, w której odbywa szkolenie, bądź zaprzestania pełnienia przez jednostkę wymagań, o których mowa w art. 19f ust. 2 ustawy, jest kierowany przez wojewodę, w pierwszej kolejności, do kontynuowania szkolenia specjalizacyjnego w innej jednostce organizacyjnej, w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych.
3. Po podjęciu przez organ założycielski uchwały o likwidacji podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury podmiot ten jest obowiązany do:

1) wypowiedzenia umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 i art. 16k ust. 2 ustawy, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia;

2) zawiadomienia wojewody w terminie 7 dni o tym fakcie, celem skierowania lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury do innych jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

4. W szczególnie uzasadnionym przypadku wojewoda może, na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, skierować go do innej jednostki organizacyjnej posiadającej akredytację do tego szkolenia oraz wolne miejsce szkoleniowe.

5. Jeżeli jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 2 i 4, znajduje się na obszarze innego województwa, zmiana miejsca szkolenia specjalizacyjnego następuje po wyrażeniu zgody przez właściwego wojewodę oraz właściwego konsultanta wojewódzkiego województwa, na którego obszarze lekarz ma kontynuować odbywanie tego szkolenia.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, wojewoda, o którym mowa w ust. 5, wydaje lekarzowi skierowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego oraz sporządza aneks do karty szkolenia specjalizacyjnego na podstawie dokumentów przekazanych przez wojewodę, na obszarze którego lekarz odbywał dotychczas szkolenie specjalizacyjne.

7. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż po upływie jednego roku, chyba że jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania, o których mowa w art. 19f ust. 2 ustawy.

8. Lekarz zmieniający miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego jest obowiązany do zmiany kierownika specjalizacji, którym staje się lekarz specjalista w podmiocie aktualnie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

9. W przypadku nieprzyjęcia lekarza skierowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez jednostkę posiadającą wolne miejsca szkoleniowe wojewoda występuje do dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”, z wnioskiem o zmniejszenie liczby miejsc szkoleniowych, o którym mowa w art. 19f ust. 13 ustawy.

§ 10. 1. Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie skierowania, o którym mowa w § 7 ust. 3 pkt 1.

2. W przypadku przedłużenia okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, o którym mowa w art. 16l ustawy, jednostka organizacyjna prowadząca szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających szkolenie specjalizacyjne, o czym lekarz zawiadamia właściwego wojewodę.

3. W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować odbywanie tego szkolenia jedynie w trybie określonym w art. 16h ust. 2 ustawy, z zastrzeżeniem art. 16o ust. 1 ustawy, po uzyskaniu zgody wojewody, o której mowa w art. 16l ust. 3 ustawy.

§ 11. O rozpoczęciu szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza wojewoda powiadamia CMKP, okręgową izbę lekarską, zwaną dalej „OIL”, której lekarz jest członkiem, a w przypadku lekarza, o którym mowa w § 4 ust. 6, także ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 12. 1. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne realizuje wszystkie elementy programu specjalizacji, z zastrzeżeniem art. 16 ust. 7 i 9 oraz art. 16m ust. 12 ustawy.

2. Karta szkolenia specjalizacyjnego z wymaganymi wpisami oraz indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych z potwierdzeniami i zaświadczeniami, zgodnie z wymogami odpowiedniego programu specjalizacji, stanowią dowód odbycia szkolenia specjalizacyjnego.

3. Lekarz, w terminie 7 dni od dnia zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji, zawiadamia kierownika jednostki szkolącej oraz właściwego wojewodę o zakończeniu tego szkolenia.

4. Lekarz zawiadamia o każdorazowym przedłużeniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego właściwego wojewodę.
5. Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne umożliwia lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji.

6. Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne wydaje lekarzowi skierowanie do odbycia danego elementu programu specjalizacji, o którym mowa w ust. 5, realizowanego w innej jednostce.

§ 13. 1. Formy specjalistycznego szkolenia teoretycznego i praktycznego oraz sposoby ich prowadzenia określone w programie specjalizacji obejmują w szczególności:

1) kurs specjalizacyjny wprowadzający do odbywania danego szkolenia specjalizacyjnego, obejmujący w szczególności:
   a) podstawy dobrej praktyki lekarskiej, w tym zasady praktyki opartej na rzetelnych i aktualnych publikacjach,
   b) podstawy farmakoekonomiki,
   c) formalnoprawne podstawy doskonalenia zawodowego lekarzy,
   d) podstawy onkologii,
   e) wprowadzenie do przedmiotów klinicznych objętych programem danego szkolenia specjalizacyjnego,
   f) zagadnienia bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej dotyczące bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy;

2) kursy specjalizacyjne właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy określonej w programie danej specjalizacji;

3) jednolity dla wszystkich specjalności, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej, kurs w zakresie ratownictwa medycznego;

4) jednolity dla wszystkich specjalizacji, z wyjątkiem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zdrowia publicznego, kurs specjalizacyjny w zakresie zdrowia publicznego – zakończony kolokwiem, obejmujący w szczególności:
   a) orzecznictwo lekarskie,
   b) promocję i profilaktykę zdrowotną,
   c) epidemiologię,
   d) bioetykę,
   e) organizację i ekonomikę zdrowia;

5) jednolity dla wszystkich specjalności kurs w zakresie prawa medycznego – zakończony kolokwiem;

6) szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie w ustalonej liczbie określonych zabiegów lub procedur medycznych:
   a) wykonywanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”,
   b) w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”;

7) staże kierunkowe właściwe dla danej specjalizacji obejmujące zakres wiedzy i umiejętności praktycznych określonych w programie danej specjalizacji;

8) pełnienie dyżurów medycznych określonych w programie danej specjalizacji lub pracę w systemie zmianowym lub równoważnym czasie pracy, w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym w przepisach o działalności leczniczej, o ile program specjalizacji przewiduje pełnienie dyżurów;

9) samokształcenie, w tym napisanie pracy naukowej, opublikowanej w recenzowanym czasopiśmie medycznym, której lekarz jest autorem lub współautorem, lub pracy poglądowej – na temat objęty programem specjalizacji.

2. Lekarz, który w ramach danej specjalizacji odbył i zaliczył kurs, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, nie jest obowiązany do jego odbycia i zaliczenia w trakcie realizacji kolejnej specjalizacji, jeżeli okres od jego zaliczenia do rozpoczęcia kolejnej specjalizacji jest nie dłuższy niż 7 lat.
§ 14. Sprawdzanie wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych nabytych w trakcie realizacji programu specjalizacji obejmuje:

1) złożenie kolokwiów częstokrotnych z zakresu wiedzy teoretycznej i zaliczenie sprawdzianów z umiejętności praktycznych potwierdzonych wykonanymi samodzielnie przez lekarza zabiegami i procedurami medycznymi;

2) złożenie kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i zaliczenie sprawdzianu z umiejętności praktycznych potwierdzonych wykonanymi samodzielnie przez lekarza zabiegami i procedurami medycznymi, objętym programem stażu kierunkowego;

3) złożenie sprawdzianu z zakresu określonego programem kursu szkoleniowego;

4) ocenę pracy, o której mowa w § 13 ust. 1 pkt 9.

§ 15. 1. W ramach realizacji szczegółowego planu szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16m ust. 7 ustawy, kierownik specjalizacji:

1) kieruje do odbycia modułu podstawowego oraz modułu specjalistycznego;

2) kieruje do odbycia staży kierunkowych, o których mowa w art. 16f ust. 3 ustawy;

3) kieruje lekarza na kursy szkoleniowe;

4) występuje do pracodawcy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio kierownika studium doktoranckiego z wnioskiem o udzielenie mu urlopu szkoleniowego albo odpowiednio o zwolnienie go z obowiązku uczestnictwa w zajęciach programowych w ramach studiów doktoranckich, w celu odbycia modułu podstawowego, staży kierunkowych i kursów określonych w programie specjalizacji;

5) wyznacza lekarzowi pacjentów do prowadzenia;

6) ustala harmonogram dyżurów, o których mowa w art. 16f ust. 3 pkt 2 lit. h ustawy, w porozumieniu z kierownikiem jednostki szkoleniowej, oraz decyduje o dopuszczeniu lekarza do samodzielnego pełnienia dyżuru;

7) ocenia przygotowanie przez lekarza opracowania teoretyczne objęte programem specjalizacji: pracę naukową lub poglądową;

8) przeprowadza sprawdziany z nabytych przez lekarza umiejętności praktycznych;

9) przeprowadza kolokwia i sprawdziany przewidziane do zaliczenia przez kierownika specjalizacji w programie specjalizacji;

10) potwierdza w indeksie wykonanych zabiegów i procedur medycznych uczestniczenie w wykonywaniu oraz wykonanie określonych zabiegów i procedur medycznych, w liczbie ustalonej w programie specjalizacji;

11) potwierdza zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego niezwłocznie po jego zakończeniu;

12) informuje pracodawcę lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne oraz wojewodę o odbyciu tego szkolenia zgodnie z programem specjalizacji oraz o terminie jego zakończenia, w terminie 7 dni od dnia potwierdzenia tegoaktu w karcie szkolenia specjalizacyjnego.

2. W czasie odbywania modułu podstawowego lub stażu kierunkowego funkcję kierownika specjalizacji obejmującą realizację zadań wymienionych w ust. 1 pkt 2–6 i 8–10 pełni lekarz wyznaczony przez kierownika jednostki organizacyjnej, w której lekarz odbywa moduł podstawowy lub staż kierunkowy. Lekarz ten potwierdza odbycie modułu podstawowego lub stażu kierunkowego zgodnie z programem specjalizacji i dokonuje zaliczenia modułu podstawowego lub stażu kierunkowego w formie określonej w programie specjalizacji.

3. W przypadku gdy lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne, z uwzględnieniem art. 16l ustawy, pozostało do wykorzystania urlop wypoczynkowy, kierownik specjalizacji może potwierdzić odbycie szkolenia zgodnie z programem specjalizacji w karcie szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż z dniem poprzedzającym rozpoczęcie tego urlopu.

4. Informację o uznaniu lekarzowi stażów lub szkoleń oraz o skróceniu okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego odbywanego na zasadach określonych w art. 16h ust. 1 ustawy dyrektor CMKP przekazuje niezwłocznie przed zakończeniem skróconego szkolenia specjalizacyjnego podmiotowi zatrudniającemu lekarza, któremu skrócono okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, celem odpowiednio wcześniejszego rozwiązania umowy o pracę zawartej na okres odbywania tego szkolenia.
5. Lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odbywający to szkolenie zgodnie z programem specjalizacji obowiązującym lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji, który w okresie postępowania kwalifikacyjnego lub w okresie po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego, a przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego lub w okresie odbywania tego szkolenia uzyskał tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, może wystąpić do wojewody z wnioskiem o zmianę dotychczasowego programu specjalizacji na program obowiązujący lekarzy posiadających tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny.

6. Lekarz, o którym mowa w ust. 5, może wystąpić do dyrektora CMKP z wnioskiem o uznanie elementów programu specjalizacji, o których mowa w art. 16m ust. 8 ustawy, zrealizowanych przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego po zmianie programu specjalizacji, o której mowa w ust. 5 – w trybie art. 16m ust. 12 ustawy.

7. Lekarz, który odbył określony moduł podstawowy i uzyskał jego zaliczenie w ramach danego szkolenia specjalizacyjnego, nie jest obowiązany do jego ponownego odbywania w przypadku zakwalifikowania się do odbywania innego szkolenia specjalizacyjnego, którego program specjalizacji przewiduje odbycie i zaliczenie tego samego modułu podstawowego.

§ 16. 1. Lekarz składa do dyrektora CMKP wniosek, o którym mowa w art. 16m ust. 8 i 10 ustawy, zawierający:

1) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny lekarza;

2) numer prawa wykonywania zawodu;

3) określenie przedmiotu wniosku: uznanie i skrócenie okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub uznanie staży i kursów, o których mowa w art. 16m ust. 8 i 10 ustawy, za równoważne ze zrealizowaniem elementów określonych w programie specjalizacji;

4) informacje o aktualnym miejscu zatrudnienia lekarza;

5) termin zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;

6) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji;

7) informacje na temat odbytych elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku;

8) wskazanie wnioskowanego wymiaru skrócenia okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, lekarz dołącza:

1) dokumenty potwierdzające odbycie elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku, zawierające informacje dotyczące terminu i miejsca odbycia danego szkolenia, trybu jego realizacji, zakresu oraz programu zrealizowanego szkolenia, wraz z wykazem zabiegów i procedur medycznych, które lekarz wykonywał lub w nich uczestniczył, z podaniem ich liczby;

2) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię prawa wykonywania zawodu;

3) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię dyplomu posiadaną specjalizacji;

4) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię karty szkolienia specjalizacyjnego;

5) opinie kierownika specjalizacji potwierdzającą wiedzę i umiejętności lekarza w zakresie zrealizowanych elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku;

6) zaświadczenie wydane przez podmiot zatrudniający lekarza w okresie realizacji elementów programu specjalizacji będących przedmiotem wniosku, zawierające informacje o wymiarze zatrudnienia oraz ewentualnych nieobecnościach lekarza.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, może zostać złożony z wykorzystaniem formularza opublikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej CMKP.

§ 17. 1. Dyrektor CMKP sprawdza wniosek, o których mowa w § 16, pod względem formalnym.

2. W przypadku stwierdzenia braków formalnych lekarz jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.
3. Dyrektor CMKP ustala termin i miejsce posiedzenia zespołu, o którym mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, i prze-
każe przewodniczącemu zespołu wniosek spełniający wymogi formalne wraz z dokumentami lekarza i drukiem protoko-
lu, o którym mowa w ust. 4.

4. Zespół, o którym mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, wyraża w protokole merytoryczną opinię w sprawie uznania
albo odmowy uznania lekarzowi odbytych w kraju lub za granicą przed rozpoczęciem szkolenia specjalizacyjnego staży
i szkoleń za równoważne ze zrealizowaniem odpowiednich elementów programu specjalizacji, z określeniem proponowa-
nego czasu skrócenia okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego lub odpowiednio uznania albo odmowy uznania leka-
rzowi do okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego staży i szkoleń zrealizowanych za granicą w okresie aktualnie od-
bywanego szkolenia specjalizacyjnego.

5. W przypadku gdy opinia zespołu ekspertów jest negatywna, zespół w protokole uzasadnia merytorycznie swoje
stanowisko w odniesieniu do przedstawionych we wniosku elementów programu specjalizacji.

6. Zespół ekspertów przekazuje do dyrektora CMKP dokumentację lekarza wraz z protokołem, o którym mowa w ust. 4,
wtymie 7 dni od dnia posiedzenia zespołu.

7. Decyzje, o których mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy, wydane na podstawie opinii, o których mowa w ust. 4,
dyrektor CMKP przekazuje niezwłocznie lekarzowi oraz właściwemu wojewodzie.

§ 18. 1. Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego, o którym mowa w art. 16 ust. 4 i 6 ustawy, który
zrealizował moduł podstawowy lub uzyskał specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie odpowiadającej modu-
łowi podstawowemu, na wniosek kierownika specjalizacji, może mieć uznaną dorobek naukowy i zawodowy za równoważ-
ny ze zrealizowaniem przez niego w całości modułu specjalistycznego pod warunkiem, że okres i wymiar wykonywania
przez lekarza czynności naukowych i zawodowych będących przedmiotem oceny dorobku naukowego i zawodowego nie
będzie krótszy niż okres i wymiar realizacji danego modułu specjalistycznego.

2. Lekarz posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego, o którym mowa w art. 16 ust. 4 i 6 ustawy, który zrea-
lizował moduł podstawowy lub uzyskał specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie odpowiadającej modułowi
podstawowemu, na wniosek kierownika specjalizacji, może mieć uznaną dorobek naukowy i zawodowy za równoważny ze
zrealizowaniem przez niego w części modułu specjalistycznego pod warunkiem, że łączny okres i wymiar wykonywania
przez lekarza czynności naukowych i zawodowych będących przedmiotem oceny dorobku naukowego i zawodowego oraz
okresu modułu specjalistycznego pozostawały do odbycia nie będzie krótszy niż okres i wymiar realizacji danego modułu
specjalistycznego.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 i 2, składa do wojewody wniosek o odbywanie specjalizacji, zawierający dane, o któ-
rych mowa w art. 16c ust. 2 ustawy.

§ 19. 1. Wniosek kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, zawiera:
1) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny lekarza;
2) numer prawa wykonywania zawodu;
3) określenie przedmiotu wniosku;
4) informacje o aktualnym miejscu zatrudnienia lekarza;
5) termin zakwalifikowania do odbywania szkolenia specjalizacyjnego;
6) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny kierownika specjalizacji;
7) informacje o przebiegu działalności naukowej i zawodowej lekarza;
8) informację o posiadającym stopniu naukowym;
9) informację o posiadanych tytułach specjalisty lub specjalizacjach II stopnia w dziedzinie odpowiadającej modułowi
podstawowemu, o którym mowa w art. 16 ust. 2 pkt 1 ustawy.

2. Do wniosku kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, dołącza się dokumenty, o których mowa w § 16 ust. 2
pkt 1–4, oraz inne dokumenty potwierdzające przebieg działalności naukowej i zawodowej lekarza, uwzględniające w szcze-
gólności osiągnięcia z zakresu dziedziny, której dotyczy wniosek. Wniosek może zostać złożony z wykorzystaniem formu-
larza opublikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej CMKP.
3. Dyrektor CMKP sprawdza wniosek kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, i dokumenty, o których mowa w ust. 2, pod względem formalnym.

4. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, wzywa się do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.

5. Dyrektor CMKP ustala termin i miejsce posiedzenia zespołu, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, i przekazuje przewodniczącemu zespołu wnioski spełniające wymogi formalne wraz z dokumentami i drukiem protokołu.

6. Zespół, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, wyraża w protokole opinię merytoryczną w sprawie uznania albo odmowy uznania lekarzowi dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w części albo w całości modułu specjalistycznego.

7. Decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, wydaną na podstawie opinii, o której mowa w ust. 6, dyrektor CMKP przekazuje niezwłocznie lekarzowi oraz właściwemu wojewodzie.

8. W przypadku gdy wniosek kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 18, dotyczy uznania dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem modułu specjalistycznego w całości, a z opinii zespołu wynika, że przedstawiony przez lekarza dorobek nie może zostać uznany za równoważny ze zrealizowaniem przez niego w całości modułu specjalistycznego, zespół ekspertów w protokole uzasadnia merytorycznie swoje stanowisko wraz ze wskazaniem elementów programu specjalizacji, które zostały do zrealizowania.

9. Zespół ekspertów zwraca do CMKP dokumentację lekarza w ciągu 7 dni od dnia posiedzenia zespołu.

§ 20. Jeżeli dotychczasowe przepisy nie przewidywały uzyskiwania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, konsultant krajowy w danej dziedzinie lub w dziedzinie pokrewej, jeżeli w danej dziedzinie nie ma powołanego konsultanta, może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora CMKP, z wnioskiem o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem szczegółowego programu właściwej specjalizacji i dopuszczenie tego lekarza do PES, zwanym dalej „wnioskem o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza”, zawierającym:

1) imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny lekarza;
2) numer prawa wykonywania zawodu;
3) określenie przedmiotu wniosku;
4) informacje o aktualnym miejscu zatrudnienia lekarza;
5) informacje o przebiegu działalności naukowej i zawodowej lekarza, uwzględniające w szczególności osiągnięcia z zakresu dziedziny, której dotyczy wniosek;
6) informację o posiadającym stopniu naukowym;
7) informację o posiadanych tytułach specjalisty lub specjalizacjach.

2. Do wniosku o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza dołącza się dokumenty, o których mowa w § 16 ust. 2 pkt 1–3, oraz inne dokumenty potwierdzające przebieg działalności naukowej i zawodowej lekarza, uwzględniające w szczególności osiągnięcia z zakresu dziedziny, której dotyczy wniosek. Wniosek może zostać złożony z wykorzystaniem formularza opublikowanego w Biuletynie Informacji Publicznej CMKP.

3. Dyrektor CMKP sprawdza wniosek o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza i dokumenty, o których mowa w ust. 2, pod względem formalnym.

4. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza wzywa się do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek o uznanie dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego lekarza jest pozostawiany bez rozpoznania.

5. Dyrektor CMKP ustala termin i miejsce posiedzenia zespołu, o którym mowa w art. 16 ust. 8 ustawy, i przekazuje przewodniczącemu zespołu wnioski spełniające wymogi formalne wraz z dokumentami i drukiem protokołu, o którym mowa w ust. 6.
6. Zespół, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, wyrząża w protokole merytoryczną opinię w sprawie uznania albo odmowy uznania lekarzowi dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny nieobjętej systemem szkolenia specjalizacyjnego za równoważny z odbytym szkoleniem specjalizacyjnym i zwraca do CMKP dokumentację lekarza w ciągu 7 dni od dnia posiedzenia zespołu.

7. Dyrektor CMKP na podstawie opinii, o której mowa w ust. 6, wnosi do ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie decyzji o uznaniu albo odmowie uznania lekarzowi dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny oraz o dopuszczeniu do PES.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 7, wydaje decyzję o uznaniu albo odmowie uznania lekarzowi dorobku zawodowego i naukowego w nowej dziedzinie medycyny oraz, w przypadku uznania dorobku, również o dopuszczeniu do PES. Kopię decyzji, wraz z dokumentacją lekarza, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje do CMKP.

9. Zespół, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy, zbiera się raz na kwartal, chyba że nie został złożony żaden wniosek. Przepis stosuje się do zespołu, o którym mowa w art. 16m ust. 12 i 13 ustawy.

§ 21. 1. Dyrektor CMKP określa lekarza z rejestru, o którym mowa w art. 16p ust. 1 ustawy, na podstawie wydanej przez wojewodę, Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych decyzji o skreśleniu lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne na obszarze danego województwa.

2. Wojewoda, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych powiadamia o wydanej przez siebie decyzji dyrektora CMKP, lekarza oraz jego kierownika specjalizacji, a także odpowiednio właściwą OIL albo Wojskową Izbę Lekarską, a w przypadku lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury oraz lekarza, o którym mowa w § 4 ust. 6, również ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 22. 1. Lekarz składa zgłoszenie do PES w formie wniosku elektronicznego, o którym mowa w art. 16r ust. 4 ustawy, w terminie do dnia:

1) 31 lipca dla sesji egzaminacyjnej przeprowadzanej w terminie od dnia 1 października do dnia 30 listopada;

2) 31 grudnia dla sesji egzaminacyjnej przeprowadzanej w terminie od dnia 1 marca do dnia 30 kwietnia.

2. Lekarz przed przystąpieniem do PES po raz pierwszy w danej dziedzinie medycyny składa do podmiotów, o których mowa w art. 16r ust. 1–3 ustawy, następujące dokumenty:

1) wniosek w formie papierowej, o którym mowa w art. 16r ust. 4 ustawy;

2) szczegółowy plan albo indywidualny harmonogram odbywania szkolenia specjalizacyjnego;

3) wypełnioną kartę szkolenia specjalizacyjnego wraz z dokumentami potwierdzającymi odbycie elementów programu specjalizacji niepotwierdzonych w karcie szkolenia specjalizacyjnego;

4) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych;

5) opinię, o której mowa w art. 16m ust. 7 pkt 5 ustawy;

6) pracę, o której mowa w § 13 ust. 1 pkt 9.

3. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury składa podmiotom, o których mowa w art. 16r ust. 1–3 ustawy, poza dokumentami wymienionymi w ust. 2, kopię świadectwa pracy z ostatnio zatrudniającej go jednostki. Lekarz, któremu przedłużono umowę o pracę na podstawie art. 177 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, lub lekarz, który uzyskał zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego na podstawie § 15 ust. 3, składa kopię świadectwa pracy niezwłocznie po rozwiązaniu umowy o pracę.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, lekarz składa do dnia:

1) 31 lipca dla sesji egzaminacyjnej przeprowadzanej w terminie 1 października – 30 listopada;

2) 31 grudnia dla sesji egzaminacyjnej przeprowadzanej w terminie 1 marca – 30 kwietnia.

5. Podmioty, o których mowa w art. 16r ust. 1–3 ustawy, weryfikują, czy dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, spełniają warunki formalne. W przypadku stwierdzenia braków formalnych lekarz jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym uzupełnieniu tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.
6. Podmioty, o których mowa w art. 16r ust. 1–3 ustawy, po stwierdzeniu, że dokumenty, o których mowa w ust. 2 i 3, spełniają warunki formalne, przekazują je do Centrum Egzaminów Medycznych, zwanego dalej „CEM”, nie później niż w terminie 14 dni od upływu terminów wskazanych w ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 5. Podmioty te zawiadamiają CEM także o liczbie przyjętych zgłoszeń oraz przekazują listę lekarzy, których dokumenty nie zostały przyjęte.

7. W przypadku gdy lekarz złoży zgłoszenie w formie wniosku elektronicznego, a nie złoży dokumentów, o których mowa w ust. 2 i 3, CEM zawiadamia lekarza o pozostawieniu wniosku bez rozpoznania.

8. Lekarz, który zamierza przedstawić dyrektorowi CEM dokument potwierdzający złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwo naukowe, wskazany w przepisach w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z PES oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów, składa do dyrektora CEM pisemne oświadczenie o rezygnacji z udziału w PES w danej sesji egzaminacyjnej. Oświadczenie powinno zawierać informację o rezygnacji z całości albo części PES, ze wskazaniem tej części.

9. Po otrzymaniu przez CEM dokumentów, o których mowa w ust. 2 i 3, CEM przekazuje je do właściwej PKE.

10. PKE weryfikuje dokumenty pod względem spełnienia przez lekarza wymogów merytorycznych, określonych w programie danej specjalizacji, i na tej podstawie rozstrzyga o dopuszczeniu lekarza do PES.

11. W przypadku podjęcia rozstrzygnięcia o niedopuszczeniu lekarza do PES, PKE uzasadnia swoje stanowisko, wskażując elementy programu specjalizacji, które nie zostały zrealizowane.

12. PKE po podjęciu rozstrzygnięcia przekazuje dokumenty lekarza do CEM.

13. W przypadku dopuszczenia lekarza do PES, CEM informuje o tym fakcie w powiadamieniu, o którym mowa w art. 16s ust. 1 ustawy. W przypadku niedopuszczenia lekarza do PES, CEM przesyła zainteresowanemu lekarzowi rozstrzygnięcie PKE wraz z uzasadnieniem. Lekarzowi, który został dopuszczony do PES i złożył oświadczenie o rezygnacji z całości PES, o którym mowa w ust. 8, CEM przesyła informację o dopuszczeniu do PES.

14. Urlop szkoleniowy, o którym mowa w art. 16s ust. 2 ustawy, przysługuje lekarzowi, który otrzymał powiadamienie CEM o terminie PES.

§ 23. 1. Przepisów § 22 ust. 2–13 nie stosuje się do lekarza, o którym mowa w art. 16w ust. 2 ustawy.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, przekazuje do CEM podpisany wniosek, o którym mowa w art. 16w ust. 3 ustawy, w terminie do dnia:

1) 31 lipca dla sesji egzaminacyjnej przeprowadzanej w terminie od dnia 1 października do dnia 30 listopada;
2) 31 grudnia dla sesji egzaminacyjnej przeprowadzanej w terminie od dnia 1 marca do dnia 30 kwietnia.

3. W przypadku złożenia przez lekarza zgłoszenia w formie wniosku elektronicznego, a niezłożenia wniosku w formie papierowej, CEM wzywa lekarza do usunięcia braków formalnych w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.

§ 24. 1. Lekarz, o którym mowa w art. 16r ust. 9 ustawy, w celu zwolnienia z części PES, składa do dyrektora CEM:

1) wniosek o zwolnienie z części PES;
2) dokumenty wskazane w przepisach w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z PES oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów;
3) wniosek oraz dokumenty, o których mowa w § 22 ust. 1 i 2.

2. Dyrektor CEM weryfikuje dokumenty, o których mowa w ust. 1, pod względem formalnym oraz rozstrzyga o tym, czy są spełnione przesłanki, o których mowa w art. 16r ust. 9 ustawy, pozwalające na zwolnienie z części PES. W przypadku stwierdzenia braków formalnych lekarz jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek, o którym mowa w art. 16w ust. 3 ustawy, jest pozostawiany bez rozpoznania.

3. W przypadku stwierdzenia spełnienia przesłanek określonych w art. 16r ust. 9 ustawy pozwalających na zwolnienie danego lekarza z części PES, CEM zamieszczasz informację o tym fakcie w indywidualnym protokole egzaminacyjnym tego lekarza.
4. Stwierdzenia spełnienia przesłanek określonych w art. 16r ust. 9 ustawy, pozwalających na zwolnienie danego lekarza z części PES, dokonuje się raz. W przypadku stwierdzenia spełnienia tych przesłanek nie jest wymagany ponowny wniosek lekarza, jeżeli będzie on zamierzał kolejny raz przystąpić do PES, z którego części został zwolniony.

5. Postępowania w zakresie określonym w ust. 1–3 nie można wszczęć, a wszczęte należy umorzyć, gdy lekarz wcześniej złożył daną część PES z wynikiem pozytywnym.

§ 25. 1. PES jest organizowany corocznie w dwóch sesjach egzaminacyjnych, z zastrzeżeniem art. 16r ust. 10 ustawy:
1) w sesji wiosennej – od dnia 1 marca do dnia 30 kwietnia;
2) w sesji jesiennej – od dnia 1 października do dnia 30 listopada.

2. Egzamin testowy w danej dziedzinie odbywa się jednocześnie w całym kraju.

3. W przypadku gdy PES w danej sesji egzaminacyjnej składa się z egzaminu testowego i egzaminu ustnego oraz gdy dyrektor CEM ustalił, zgodnie z art. 16r ust. 8 ustawy, że jako pierwszy jest przeprowadzany egzamin testowy, warunkiem przystąpienia do egzaminu ustnego jest złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu testowego.

§ 26. 1. Konsultant krajowy, towarzystwo naukowe oraz Naczelnia Rada Lekarska przesyła dyrektorowi CEM zgłoszenia swoich kandydatów do PKE.

2. W zgłoszeniu zamieszcza się:
1) imię i nazwisko kandydata;
2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania;
3) określenie posiadanej specjalizacji;
4) wskazanie dziedziny, w której kandydat ma być powołany do PKE;
5) adres korespondencyjny kandydata.

3. Do zgłoszenia należy dołączyć kopie prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty oraz dyplomu specjalisty potwierdzone za zgodność z oryginałem.

4. Kopia dyplomu specjalisty nie jest wymagana, w przypadku gdy lekarz uzyskał dyplom specjalisty wydany przez dyrektora CEM. W takim przypadku w zgłoszeniu należy podać datę wydania i numer dyplomu.

5. Osoby powołane do PKE otrzymują akt powołania. Powołanie następuje na czas nieokreślony.


§ 27. 1. Ocenę końcową PES jest ocena wynikająca ze średniej arytymetycznej ocen z egzaminu testowego i ustnego.

2. W przypadku uzyskania przez osobę zdającą ocen bardzo dobrych z egzaminu testowego i egzaminu ustnego, osoba ta otrzymuje jako ocenę końcową PES ocenę bardzo dobrą z wyróżnieniem, gdy za taką oceną opowie się Zespół Egzaminacyjny przeprowadzający egzamin ustny tej osoby. Uzasadnienie wyróżnienia zamieszczaj się w protokole indywidualnym PES.

3. Jeżeli PES składał się tylko z egzaminu ustnego, przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.

§ 28. 1. Lekarz, o którym mowa w art. 16r ust. 9 ustawy, w celu zwolnienia z całości PES, po uzyskaniu dopuszczenia do PES, o którym mowa w § 22 ust. 10, składa do dyrektora CEM wniosek.

2. Do wniosku dołącza się dokumenty wskazane w przepisach w sprawie wykazu egzaminów organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z PES oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów.
3. Dyrektor CEM weryfikuje dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, pod względem formalnym oraz rozstrzyga o tym, czy są spełnione przesłanki, o których mowa w art. 16r ust. 9 ustawy, pozwalające na zwolnienie z całości PES. Przepis § 24 ust. 2 zdanie drugie i trzecie stosuje się.

4. W przypadku stwierdzenia spełniania przesłanek określonych w art. 16r ust. 9 ustawy pozwalających na zwolnienie danego lekarza z całości PES dyrektor CEM wydaje dyplom, którego wzór stanowi załącznik nr 16 do rozporządzenia. Dyplom jest wydawany w terminie 30 dni od doręczenia do CEM dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2. W sytuacji wystąpienia braków formalnych termin do wydania dyplomu biegnie od dnia ich usunięcia przez zainteresowanego lekarza.

5. Wniosek oraz dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, są przechowywane przez CEM.

6. Postępowania w zakresie określonym w ust. 1–4 nie można wszczeper, a wszczęte należy umorzyć, gdy lekarz wcześniej złożył PES z wynikiem pozytywnym.

§ 29. 1. Niezwłocznie po zakończeniu danej sesji egzaminacyjnej CEM przekazuje wyniki PES poszczególnych lekarzy przystępujących do PES w danej sesji egzaminacyjnej podmiotom, o których mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, oraz dyrekторowi CMKP.

2. Przekazanie wyników PES następuje w formie elektronicznej na arkuszu opracowanym przez CEM.

3. Niezwłocznie po zakończeniu sesji egzaminacyjnej CEM przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia listę lekarzy, którzy zakończyli szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury oraz złożyli PES z wynikiem pozytywnym, zawierającą imię i nazwisko, numer PESEL danego lekarza, a w przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania, oraz datę złożenia egzaminu.


5. Podmioty, o których mowa w art. 16c ust. 8 ustawy, mogą się zwrócić do CEM o przekazanie wyników PES lekarzy biorących udział w prowadzonym przez te podmioty postępowaniu kwalifikacyjnym. W takim przypadku CEM przekazuje wyniki PES tych lekarzy zbiorczo w formie elektronicznej i papierowej.

§ 30. Wzór dyplomu, o którym mowa w art. 16w ust. 5 ustawy, określa załącznik nr 17 do rozporządzenia.

§ 31. Do postępowań oraz szkoleń specjalizacyjnych wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 32. Minister Obrony Narodowej nie przeprowadza postępowania kwalifikacyjnego w terminie 1–31 marca 2013 r.

§ 33. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.3)

Minister Zdrowia: B.A. Arłukowicz

---

3) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z 2007 r. Nr 13, poz. 85, z 2008 r. Nr 170, poz. 1050, z 2010 r. Nr 198, poz. 1320 oraz z 2011 r. Nr 274, poz. 1627), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 113, poz. 658).
WYKAZ SPECJALIZACJI LEKARSKICH I LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH*

1. Wykaz specjalizacji lekarskich:

1) alergologia (0731);
2) anestezjologia i intensywna terapia (0701);
3) angiologia (0732);
4) audiologia i foniatria (0733);
5) balneologia i medycyna fizykalna (0734);
6) chirurgia dziecięca (0702);
7) chirurgia klatki piersiowej (0735);
8) chirurgia naczyniowa (0736);
9) chirurgia ogólna (0703);
10) chirurgia onkologiczna (0737);
11) chirurgia plastyczna (0738);
12) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
13) choroby płuc (0739);
14) choroby płuc dzieci (0792);
15) choroby wewnętrzne (0705);
16) choroby zakaźne (0706);
17) dermatologia i wenerologia (0707);
18) diabetologia (0740);
19) diagnostyka laboratoryjna (0708);
20) endokrynologia (0741);
21) endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (0799);
22) endokrynologia i diabetologia dziecięca (0796);
23) epidemiologia (0710);
24) farmakologia kliniczna (0742);
25) gastroenterologia (0743);
26) gastroenterologia dziecięca (0797);
27) genetyka kliniczna (0709);
28) geriatria (0744);
29) ginekologia onkologiczna (0787);
30) hematologia (0745);
31) hipertensjologia (0788);
32) immunologia kliniczna (0746);
33) intensywna terapia (0801);
34) kardiochirurgia (0747);
35) kardiologia (0748);
36) kardiologia dziecięca (0762);
37) medycyna lotnicza (0793);
38) medycyna morska i tropikalna (0794);
39) medycyna nuklearna (0749);
40) medycyna paliatywna (0750);
41) medycyna pracy (0711);
42) medycyna ratunkowa (0712);
43) medycyna rodzinna (0713);
44) medycyna sądowa (0714);
45) medycyna sportowa (0751);
46) mikrobiologia lekarska (0716);
47) nefrologia (0752);
48) nefrologia dziecięca (0798);
49) neonatologia (0753);
50) neurochirurgia (0717);
51) neurologia (0718);
52) neurologia dziecięca (0763);
53) neuropatologia (0789);
54) okulistyka (0719);
55) onkologia i hematologia dziecięca (0755);
56) onkologia kliniczna (0754);
57) ortopedia i traumatologia narządu ruchu (0720);
58) otorynolaryngologia (0721);
59) otorynolaryngologia dziecięca (0790);
60) palomorfologia (0722);
61) pediatria (0723);
62) pediatria metaboliczna (0795);
63) perinatologia (0800);
64) położnictwo i ginekologia (0724);
65) psychiatria (0725);
66) psychiatria dzieci i młodzieży (0756);
67) radiologia i diagnostyka obrazowa (0726);
68) radioterapia onkologiczna (0727);
69) rehabilitacja medyczna (0728);
70) reumatologia (0757);
71) seksuologia (0758);
72) toksykologia kliniczna (0759);
73) transfuzjologia kliniczna (0760);
74) transplantologia kliniczna (0761);
75) urologia (0729);
76) urologia dziecięca (0791);
77) zdrowie publiczne (0730).

2. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych:

1) chirurgia stomatologiczna (0781);
2) chirurgia szczękowo-twarzowa (0704);
3) ortodoncja (0782);
4) periodontologia (0783);
5) protetyka stomatologiczna (0784);
6) stomatologia dziecięca (0785);
7) stomatologia zachowawcza z endodoncją (0786);
8) epidemiologia (0710);
9) zdrowie publiczne (0730).

* Oznaczenie zawarte obok nazwy specjalności oznacza czterocyfrowy kod specjalności
WYKAZ MODUŁÓW PODSTAWOWYCH WŁAŚCIWYCH
DLA DANEGO SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

1) moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej;
2) moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych;
3) moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii;
4) moduł podstawowy w zakresie patomorfologii;
5) moduł podstawowy w zakresie pediatrii.
WYKAZ SPECjalIZACJI POSiADAJCYCH WSPóLNY MODuL PODSTAWOWY

1. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chirurgii ogólnej:
   1) chirurgia dziecięca;
   2) chirurgia klatki piersiowej;
   3) chirurgia naczyniowa;
   4) chirurgia ogólna;
   5) chirurgia onkologiczna;
   6) chirurgia plastyczna.

2. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych:
   1) alergologia;
   2) angiolgia;
   3) balneologia i medycyna fizykalna;
   4) choroby płuc;
   5) choroby wewnętrzne;
   6) diabetologia;
   7) endokrynologia;
   8) gastroenterologia;
   9) geriatria;
  10) hematologia;
  11) immunologia kliniczna;
  12) kardiologia;
  13) medycyna lotnicza;
  14) medycyna morska i tropikalna;
  15) medycyna paliatywna;
  16) medycyna pracy;
  17) nefrologia;
  18) onkologia kliniczna;
  19) reumatologia;
  20) toksykologia kliniczna;
  21) transfuzjologia kliniczna.

3. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie otorynolaryngologii:
   1) audiologia i foniatria;
   2) otorynolaryngologia;
   3) otorynolaryngologia dziecięca.

4. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie patomorfologii:
   1) neuropatologia;
   2) patomorfologia.

5. Specjalizacje posiadające wspólny moduł podstawowy w zakresie pediatrii:
   1) choroby płuc dzieci;
   2) endokrynologia i diabetologia dziecięca;
   3) gastroenterologia dziecięca;
   4) kardiologia dziecięca;
   5) nefrologia dziecięca;
   6) neonatologia;
   7) onkologia i hematologia dziecięca;
   8) pediatria;
   9) pediatria metaboliczna.
1. Dla specjalizacji lekarskich:
   1) anestezjologia i intensywna terapia;
   2) chirurgia szczękowo-twarzowa;
   3) choroby zakaźne;
   4) dermatologia i wenerologia;
   5) diagnostyka laboratoryjna;
   6) epidemiologia;
   7) farmakologia kliniczna;
   8) genetyka kliniczna;
   9) kardiokhirurgia;
10) medycyna nuklearna;
11) medycyna ratunkowa;
12) medycyna rodzinna;
13) medycyna sądowa;
14) medycyna sportowa;
15) mikrobiologia lekarska;
16) neurochirurgia;
17) neurologia;
18) neurologia dziecięca;
19) okulistyka;
20) ortopedia i traumatologia narządu ruchu;
21) położnictwo i ginekologia;
22) psychiatria;
23) psychiatria dzieci i młodzieży;
24) radiologia i diagnostyka obrazowa;
25) radioterapia onkologiczna;
26) rehabilitacja medyczna;
27) urologia;
28) zdrowie publiczne.

2. Dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych:
   1) chirurgia stomatologiczna;
   2) chirurgia szczękowo-twarzowa;
   3) ortodonzja;
   4) periodontologia;
   5) protetyka stomatologiczna;
   6) stomatologia dziecięca;
   7) stomatologia zachowawcza z endodoncją;
   8) epidemiologia;
   9) zdrowie publiczne.
## Wykaz specjalizacji lekarskich

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lp.</th>
<th>Specjalizacja</th>
<th>Modul jednolity i minimalny czas jego trwania</th>
<th>Modul podstawowy i czas jego trwania lub wymagana specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty</th>
<th>Modul specjalistyczny i minimalny czas jego trwania</th>
<th>Łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Alergologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Alergologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Angiologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Angiologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Audiologia i foniatria</td>
<td>–</td>
<td>Otorynolaryngologia – 2 lata</td>
<td>Audiologia i foniatria – 3 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Balneologia i medycyna fizykalna</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Balneologia i medycyna fizykalna – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia ogólna – 2 lata</td>
<td>Chirurgia dziecięca – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Chirurgia klatki piersiowej</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia ogólna – 2 lata</td>
<td>Chirurgia klatki piersiowej – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Chirurgia naczyniowa</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia ogólna – 2 lata</td>
<td>Chirurgia naczyniowa – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia ogólna – 2 lata</td>
<td>Chirurgia ogólna – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Chirurgia onkologiczna</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia ogólna – 2 lata</td>
<td>Chirurgia onkologiczna – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Chirurgia plastyczna</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia ogólna – 2 lata</td>
<td>Chirurgia plastyczna – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Chirurgia szczękowo-twarzowa</td>
<td>Chirurgia szczękowo-twarzowa – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Choroby płuc – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Choroby płuc dzieci</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Choroby płuc dzieci – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Choroby zakaźne</td>
<td>Choroby zakaźne – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Dermatologia i wenerologia</td>
<td>Dermatologia i wenerologia – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Diabetologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Diabetologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>--------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>-----------------------------</td>
<td>-----------------------</td>
<td>--------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Diagnostyka laboratoryjna</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Endokrynologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość</td>
<td>–</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Endokrynologia i diabetologia dziecięca</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Epidemiologia</td>
<td>Epidemiologia – 4 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Farmakologia kliniczna</td>
<td>Farmakologia kliniczna – 4 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Gastroenterologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Gastroenterologia dziecięca</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Genetyka kliniczna</td>
<td>Genetyka kliniczna – 4 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Geriatria</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Ginekologia onkologiczna</td>
<td>–</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej lub pediatrii – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Hematologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Hipertensjologia</td>
<td>–</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej,</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Immunologia kliniczna</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Intensywna terapia</td>
<td>–</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej,</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kardiochirurgia – 6 lat</td>
<td>Kardiochirurgia – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>------------------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>34.</td>
<td>Kardiochirurgia – 6 lat</td>
<td>Kardiochirurgia – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>35.</td>
<td>Kardiologia – 3 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Kardiologia – 3 lata</td>
<td>6 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36.</td>
<td>Kardiologia dziecięca – 2 lata</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Kardiologia dziecięca – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>37.</td>
<td>Medycyna lotnicza – 2 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Medycyna lotnicza – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>38.</td>
<td>Medycyna morska i tropikalna – 2 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Medycyna morska i tropikalna – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>39.</td>
<td>Medycyna nuklearnia – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>40.</td>
<td>Medycyna paliatywna – 2 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Medycyna paliatywna – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>41.</td>
<td>Medycyna pracy – 2 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Medycyna pracy – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>42.</td>
<td>Medycyna ratunkowa – 5 lat</td>
<td>Medycyna ratunkowa – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>43.</td>
<td>Medycyna rodzinnia – 4 lata</td>
<td>Medycyna rodzinnia – 4 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>4 lata</td>
</tr>
<tr>
<td>44.</td>
<td>Medycyna sądowa – 5 lat</td>
<td>Medycyna sądowa – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>45.</td>
<td>Medycyna sportowa – 5 lat</td>
<td>Medycyna sportowa – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>46.</td>
<td>Mikrobiologia lekarska – 4 lata</td>
<td>Mikrobiologia lekarska – 4 lata</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>4 lata</td>
</tr>
<tr>
<td>47.</td>
<td>Nefrologia – 2 lata</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Nefrologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>48.</td>
<td>Nefrologia dziecięca – 2 lata</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Nefrologia dziecięca – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>49.</td>
<td>Neonatologia</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Neonatologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>50.</td>
<td>Neurochirurgia</td>
<td>Neurochirurgia – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>51.</td>
<td>Neurologia</td>
<td>Neurologia – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>52.</td>
<td>Neurologia dziecięca</td>
<td>Neurologia dziecięca – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>53.</td>
<td>Neuropatologia</td>
<td>–</td>
<td>Patomorfologia – 3 lata</td>
<td>Neuropatologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>54.</td>
<td>Okulistyka</td>
<td>Okulistyka – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>55.</td>
<td>Onkologia i hematologia dziecięca</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Onkologia i hematologia dziecięca – 3 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>56.</td>
<td>Onkologia kliniczna</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Onkologia kliniczna – 3 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>57.</td>
<td>Ortopedia i traumatologia narządu ruchu</td>
<td>Ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>58.</td>
<td>Otorynolaryngologia</td>
<td>–</td>
<td>Otorynolaryngologia – 2 lata</td>
<td>Otorynolaryngologia – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>59.</td>
<td>Otorynolaryngologia dziecięca</td>
<td>–</td>
<td>Otorynolaryngologia dziecięca – 2 lata</td>
<td>Otorynolaryngologia dziecięca – 4 lata</td>
<td>6 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>60.</td>
<td>Patomorfologia</td>
<td>–</td>
<td>Patomorfologia – 3 lata</td>
<td>Patomorfologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>61.</td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Pediatria – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>62.</td>
<td>Pediatria metaboliczna</td>
<td>–</td>
<td>Pediatria – 3 lata</td>
<td>Pediatria metaboliczna – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>63.</td>
<td>Perinatologia</td>
<td>–</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii – 5 lat</td>
<td>Perinatologia – 2 lata</td>
<td>7 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>64.</td>
<td>Położnictwo i ginekologia</td>
<td>Położnictwo i ginekologia – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>65.</td>
<td>Psychiatry</td>
<td>Psychiatry – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>66.</td>
<td>Psychiatry dzieci i młodzieży</td>
<td>Psychiatry dzieci i młodzieży – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>67.</td>
<td>Radiologia i diagnostyka obrazowa</td>
<td>Radiologia i diagnostyka obrazowa – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>68.</td>
<td>Radioterapia onkologiczna</td>
<td>Radioterapia onkologiczna – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>69.</td>
<td>Rehabilitacja medyczna</td>
<td>Rehabilitacja medyczna – 5 lat</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>70.</td>
<td>Reumatologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Reumatologia – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Dyscyplina</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych neurologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży – 5 lat</td>
<td>Seksuologia – 2 lata</td>
<td>Wiek studies (lat)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>71.</td>
<td>Seksuologia</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych neurologii, położnictwa i ginekologii, psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży – 5 lat</td>
<td>Seksuologia – 2 lata</td>
<td>7 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>72.</td>
<td>Toksykologia kliniczna</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Toksykologia kliniczna – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>73.</td>
<td>Transfuzjologia kliniczna</td>
<td>Choroby wewnętrzne – 3 lata</td>
<td>Transfuzjologia kliniczna – 2 lata</td>
<td>5 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>74.</td>
<td>Transplantologia kliniczna</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, chirurgii ogólnej, chirurgii klatki piersiowej, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, hematologii, kardiologii, kardiologii dziecięcej, nefrologii, nefrologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, pediatrii, urologii, urologii dziecięcej – 5–8 lat</td>
<td>Transplantologia kliniczna – 2 lata</td>
<td>7–10 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>75.</td>
<td>Urologia</td>
<td>Urologia – 6 lat</td>
<td>–</td>
<td>6 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>76.</td>
<td>Urologia dziecięca</td>
<td>Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej lub urologii – 6 lat</td>
<td>Urologia dziecięca – 2 lata</td>
<td>8 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>77.</td>
<td>Zdrowie publiczne</td>
<td>Zdrowie publiczne – 4 lata</td>
<td>–</td>
<td>4 lata</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## II. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr</th>
<th>Specjalizacja</th>
<th>Czas uczenia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Chirurgia stomatologiczna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chirurgia stomatologiczna – 4 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Chirurgia szczękowo-twarzowa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Chirurgia szczękowo-twarzowa – 6 lat</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Ortodocja</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ortodocja – 3 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Periodontologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Periodontologia – 3 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Protetyka stomatologiczna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Protetyka stomatologiczna – 3 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Stomatologia dziecięca</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stomatologia dziecięca – 3 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Stomatologia zachowawcza z endodoncją</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stomatologia zachowawcza z endodoncją – 3 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Epidemiologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Epidemiologia – 4 lata</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Zdrowie publiczne</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zdrowie publiczne – 4 lata</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
WYKAZ SPECjalizacji, w których można uzyskać tytuł Specjalisty w danej dziedzinie medycyny po zrealizowaniu programu specjalizacji właściwego dla lekarza posiadającego odpowiednią specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny albo zrealizowany i zaliczony odpowiedni moduł podstawowy

I. Wykaz specjalizacji lekarskich

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lp.</th>
<th>Specjalizacje, w których lekarz może uzyskać tytuł specjalisty</th>
<th>Specjalizacje, w których lekarz posiada specjalizację I stopnia</th>
<th>Specjalizacje, w których lekarz posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny</th>
<th>Moduł podstawowy, który lekarz zrealizował i zaliczył</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Alergologia</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>Otorynolaryngologia</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
<td>Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia Otorynolaryngologia Pediatria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia</td>
<td>—</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Angiologia</td>
<td>—</td>
<td>Chirurgia naczyniowa Choroby wewnętrzne</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Audiologia i foniatria</td>
<td>Laryngologia</td>
<td>Audiologia</td>
<td>—</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Otolaryngologia</td>
<td>Foniatria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otolaryngologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otolaryngologia dziecięca</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otorynolaryngologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otorynolaryngologia dziecięca</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Balneologia i medycyna fizykalna</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Alergologia Anestezjologia i intensywna terapia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Medycyna ogólna</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby płuc</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby płuc dzieci</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby wewnętrzne Dermatologia i wenerologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kardiochirurgia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Medycyna ogólna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Medycyna pracy</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Medycyna ratunkowa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Medycyna rodzinna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Neurologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Neurologia dziecięca</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Neurochirurgia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Okulistyka</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ortopedia i traumatologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ortopedia i traumatologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>narządu ruchu</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otolaryngologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otolaryngologia dziecięca</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otorynolaryngologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otorynolaryngologia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Otorynolaryngologia Pediatria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Obszar 1</td>
<td>Obszar 2</td>
<td>Obszar 3</td>
<td>Obszar 4</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Chirurgia klatki piersiowej</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Chirurgia naczyniowa</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Chirurgia onkologiczna</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Chirurgia plastyczna</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Chirurgia szczękowo-twarzowa</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>Otorynolaryngologia</td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>Transfuzjologia kliniczna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>Choroby zakaźne</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Medycyna ogólna</td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>Dermatologia i wenerologia</td>
<td>Dermatologia i wenerologia</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>Diabetologia</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Pediatrics</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>Diagnostyka laboratoryjna</td>
<td>Analityka kliniczna</td>
<td>Farmakologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>Endokrynologia</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>Endokrynologia ginekologiczna i rozrodu</td>
<td>–</td>
<td>Położnictwo i ginekologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>22.</td>
<td>Endokrynologia i diabetologia dziecięca</td>
<td>Pediatrics</td>
<td>Pediatrics</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>23.</td>
<td>Epidemiologia</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarskie</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarskie</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
</tr>
<tr>
<td>24.</td>
<td>Farmakologia kliniczna</td>
<td>–</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Kształcenie akademickie</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Choroby ogólna</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>--------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>25.</td>
<td>Gastroenterologia</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Chorurga ogólna</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gastroenterologia</td>
<td></td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>27.</td>
<td>Genetyka kliniczna</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Neurologia</td>
<td>Neurologia dziecięca</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>28.</td>
<td>Geriatria</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Medycyna ogólna</td>
<td>Medycyna rodzinna</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Neurologia</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>29.</td>
<td>Ginekologia onkologiczna</td>
<td>--</td>
<td>Połoźnictwo i ginekologia</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>30.</td>
<td>Hematologia</td>
<td>--</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>31.</td>
<td>Hipertensjologia</td>
<td>--</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kardiologia</td>
<td>Kardiologia dziecięca</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Nefrologia</td>
<td>Nefrologia dziecięca</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>32.</td>
<td>Immunologia kliniczna</td>
<td>--</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Choroby zakaźne</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Dermatologia</td>
<td>Dermatologia i wenerologia</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Onkologia kliniczna</td>
<td>Onkologia kliniczna</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>33.</td>
<td>Intensywna terapia</td>
<td>--</td>
<td>Chorurga dziecięca</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Chorurga klatki piersiowej</td>
<td>--</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Chorurga naczyniowa</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Chorurga ogólna</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Choruga onkologiczna</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby płuc dzieci</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby zakaźne</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kardiologia</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Kardiologia dziecięca</td>
<td>--</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Nefrologia</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Nefrologia dziecięca</td>
<td>--</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Nr. | Specjalność | Podspecjalności | Wydziały | Specjalności
|-----|-------------|-----------------|----------|------------------|
| 34. | Kardiochirurgia | Chirurgia dziecięca  
Chirurgia ogólna | Chirurgia dziecięca  
Chirurgia ogólna | Chirurgia ogólna |
| 35. | Kardiologia | Choroby wewnętrzne | Choroby wewnętrzne |  – |
| 36. | Kardiologia  
dziecięca | Pediatria | Pediatria |  – |
| 37. | Medycyna lotnicza | Choroby wewnętrzne  
Medycyna lotnicza  
Medycyna pracy | Choroby wewnętrzne  
Medycyna pracy  
Medycyna transportu |  – |
| 38. | Medycyna morska  
i tropikalna | Choroby wewnętrzne  
Medycyna morska  
i tropikalna  
Medycyna pracy | Choroby wewnętrzne  
Medycyna pracy  
Medycyna transportu |  – |
| 39. | Medycyna nuklearna | Choroby wewnętrzne  
Medycyna nuklearna  
Pediatria | Choroby wewnętrzne  
Pediatria | Choroby wewnętrzne  
Pediatria |
| 40. | Medycyna paliatywna | Choroby wewnętrzne  
Pediatria | Anestezjologia  
i intensywna terapia  
Audiologia  
Audiologia i foniatria  
Balneoklimatologia  
i medycyna fizykalna  
Balneologia i medycyna fizykalna  
Chemioterapia  
nowotworów  
Chirurgia dziecięca  
Chirurgia klatki  
piersiowej  
Chirurgia ogólna  
Chirurgia onkologiczna  
Chirurgia plastyczna  
Chirurgia szczękowa  
Chirurgia szczękowo- 
-twarzowa  
Choroby płuc  
Choroby płuc dzieci  
Choroby wewnętrzne  
Choroby zakaźne  
Dermatologia  
i wenerologia  
Farmakologia kliniczna  
Foniatria  
Geriatria  
Kardiochirurgia  
Kardiologia  
Kardiologia dziecięca  
Medycyna lotnicza  
Medycyna morska  
i tropikalna  
Medycyna nuklearna  
Medycyna ogólna  
Medycyna pracy  
Medycyna ratunkowa  
Medycyna rodzinna  
Pediatria |  – |
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr</th>
<th>Wydział</th>
<th>Specjalności</th>
<th>Wydział</th>
<th>Specjalności</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>41</td>
<td>Medycyna pracy</td>
<td>Choroby wewnętrzne, Medycyna lotnicza, Medycyna morska i tropikalna, Medycyna ogólna, Medycyna pracy</td>
<td>Choroby wewnętrzne, Medycyna lotnicza, Medycyna morska i tropikalna, Medycyna ogólna, Medycyna rodzinna, Medycyna sportowa, Medycyna praktyczna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Medycyna ratunkowa</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia, Chirurgia dziecięca, Chirurgia ogólna, Choroby wewnętrzne, Ortopedia i traumatologia, Pediatria</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia, Chirurgia dziecięca, Chirurgia ogólna, Choroby wewnętrzne, Ortopedia i traumatologia, Pediatria</td>
<td>Chirurgia ogólna, Choroby wewnętrzne, Pediatria</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Medycyna rodzinna</td>
<td>Choroby ogólna, Choroby wewnętrzne, Medycyna ogólna, Pediatria, Położnictwo i ginekologia</td>
<td>Choroby ogólna, Choroby wewnętrzne, Medycyna ogólna, Medycyna pracy, Pediatria, Położnictwo i ginekologia</td>
<td>Chirurgia ogólna, Choroby wewnętrzne, Pediatria</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Medycyna sądowa</td>
<td>Medycyna sądowa, Patomorfologia</td>
<td>Patomorfologia</td>
<td>Patomorfologia</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>Medycyna sportowa</td>
<td>Choroby wewnętrzne, Pediatria</td>
<td>Choroby dziecięca, Choroby ogólna, Choroby wewnętrzne</td>
<td>Chirurgia ogólna, Pediatria</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Specjalność medyczna</td>
<td>Kwalifikacje</td>
<td>Medycyna ogólna</td>
<td>Medycyna rodzinna</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Mikrobiologia lekarska</td>
<td>Mikrobiologia</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Nefrologia</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Nefrologia dziecięca</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Neonatologia</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>Neurochirurgia</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Neurologia</td>
<td>Neurologia</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>Neurologia dziecięca</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Psychiatria dzieci i młodzież</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Neupatologia</td>
<td>Neurologia</td>
<td>Patomorfologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Okulistyka</td>
<td>Okulistyka</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Onkologia i hematologia dziecięca</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Onkologia kliniczna</td>
<td>Choroby płuc</td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>Medycyna ogólna</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Ortopedia i traumatologia narządu ruchu</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Medycyna ogólna</td>
<td>Ortopedia i traumatologia</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>Otoforynolaryngologia</td>
<td>Laryngologia</td>
<td>Otolaryngologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>Otoforynolaryngologia dziecięca</td>
<td>Laryngologia</td>
<td>Otolaryngologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
<td>Patomorfologia</td>
<td>Patomorfologia</td>
<td>Medycyna sądowa</td>
<td>Medycyna sądowa</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>62</td>
<td>Pediatria metaboliczna</td>
<td>Pediatria</td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>63</td>
<td>Perinatologia</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>64</td>
<td>Położnictwo i ginekologia</td>
<td>Położnictwo i ginekologia</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>65</td>
<td>Psychiatria</td>
<td>Psychiatria</td>
<td>Psychiatria dzieci i młodzież</td>
<td>Psychiatria dzieci i młodzież</td>
</tr>
<tr>
<td>66</td>
<td>Psychiatria dzieci i młodzieży</td>
<td>Psychiatria</td>
<td>Psychiatria dzieci i młodzież</td>
<td>Psychiatria</td>
</tr>
<tr>
<td>67</td>
<td>Radiologia i diagnostyka obrazowa</td>
<td>Radiodiagnostyka</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr</td>
<td>Tytuł</td>
<td>Radioterapia onkologiczna</td>
<td>Radioterapia onkologiczna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>-------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>68.</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>69.</td>
<td>Rehabilitacja medyczna</td>
<td>Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Neurologia Ortopedia i traumatologia Pediatria Rehabilitacja ogólna Rehabilitacja medyczna</td>
<td>Choroby wewnętrzne Chirurgia dziecięca Medycyna pracy Medycyna sportowa Neurologia Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>70.</td>
<td>Reumatologia</td>
<td>Choroby wewnętrzne Pediatria</td>
<td>Choroby wewnętrzne Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>71.</td>
<td>Seksuologia</td>
<td>–</td>
<td>Choroby wewnętrzne Neurologia Położnictwo i ginekologia Psychiatry Psychiatry dzieci i młodzieży</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>72.</td>
<td>Toksykologia kliniczna</td>
<td>Choroby wewnętrzne Pediatria</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia Choroby wewnętrzne Medycyna pracy Pediatria Toksykologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>73.</td>
<td>Transfuzjologia kliniczna</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia Analityka kliniczna Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Medycyna pracy Mikrobiologia Neurochirurgia Neurologia Odystyka Ortopedia i traumatologia Otolaryngologia Pediatria Położnictwo i ginekologia Radioterapia onkologiczna Transfuzjologia</td>
<td>Anestezjologia i intensywna terapia Chirurgia ogólna Chirurgia dziecięca Chirurgia klatki piersiowej Chirurgia onkologiczna Chirurgia plastyczna Choroby wewnętrzne Choroby zakaźne Diagnostyka laboratoryjna Dermatologia i wenerologia Kardiachirurgia Kardiologia Medycyna pracy Medycyna ratunkowa Medycyna rodzinna Mikrobiologia Mikrobiologia lekarska Neurochirurgia Neurochirurgia i neurotraumatologia Neurologia Odystyka Onkologia kliniczna Ortopedia i traumatologia Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Otolaryngologia Otolaryngologia dziecięca Otorynolaryngologia Otorynolaryngologia dziecięca Pediatria Położnictwo i ginekologia</td>
<td>Chirurgia ogólna Otorynolaryngologia Pediatria</td>
</tr>
<tr>
<td>Nr.</td>
<td>Specjalność</td>
<td>Subspecjalność</td>
<td>Panewko specjalności lekarsko-dentystycznych</td>
<td>Panewko specjalności lekarsko-dentystycznych</td>
</tr>
<tr>
<td>-----</td>
<td>-------------</td>
<td>----------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>74.</td>
<td>Transplantologia kliniczna</td>
<td>–</td>
<td>Anesteziologia i intensywna terapia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Chirurgia klatki piersiowej</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby wewnętrzne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Choroby zakaźne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Hematologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Kardiologię</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nefrologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Nefrologia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Onkologia i hematologia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Pediatria</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Urologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Urologia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>75.</td>
<td>Urologia</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>Chirurgia ogólna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>76.</td>
<td>Urologia dziecięca</td>
<td>–</td>
<td>Chirurgia dziecięca</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Urologia</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>77.</td>
<td>Zdrowie publiczne</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarskie</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarskie</td>
<td>Chirurgia ogólna Choroby wewnętrzne Otorynolaryngologia</td>
</tr>
</tbody>
</table>

II. Wykaz specjalizacji lekarsko-dentystycznych

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Specjalność</th>
<th>Subspecjalność</th>
<th>Panewko specjalności lekarsko-dentystycznych</th>
<th>Panewko specjalności lekarsko-dentystycznych</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Chirurgia stomatologiczna</td>
<td>Chirurgia stomatologiczna</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Chirurgia szczękowo-twarzowa</td>
<td>Chirurgia stomatologiczna</td>
<td>Chirurgia stomatologiczna</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Ortodonta</td>
<td>Stomatologia ogólna</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Periodontologia</td>
<td>Chirurgia stomatologiczna</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Protetyka stomatologiczna</td>
<td>Stomatologia ogólna</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Stomatologia dziecięca</td>
<td>Stomatologia dziecięca</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Stomatologia zachowawca z endodoncją</td>
<td>Stomatologia ogólna</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Epidemiologia</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>Wszystkie specjalizacje lekarsko-dentystyczne</td>
<td>–</td>
</tr>
</tbody>
</table>
WZÓR

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego
w dziedzinie ........................................................................................................................................

Wojewoda ......................................................................................

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
1. Imię (imiona) i nazwisko..............................................................................................................
2. Nazwisko rodowe..............................................................................................................................
3. Miejsce i data urodzenia ...................................................................................................................
4. Płeć ......................................................................................................................................................
5. Numer PESEL .................................................................................................................................
   a w przypadku jego braku – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
   oraz kraj wydania...........................................................................................................................
6. Obywatelstwo (obywatelstwa)........................................................................................................
7. Adres miejsca zamieszkania .............................................................................................................
8. Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej..............................................................
9. Nazwisko, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub
   „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”..............................................................................
10. Posiadane specjalizacje, data ich uzyskania oraz tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego
    ..........................................................................................................................................................
11. Dotychczas odbywane szkolenia specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i
    tryb ich odbywania ..............................................................................................................................
12. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP ..........................................................................
13. Posiadany stopień naukowy..............................................................................................................
14. Liczba publikacji i ich wykaz (w załączeniu) ..................................................................................
15. Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie
    zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji, będącego miejscem zatrudnienia lekarza
    ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego .......................................................... okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w tym podmiocie ..........................................
   oraz zajmowane stanowisko – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniami
   medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych
   ..........................................................................................................................................................
16. Wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego*: 
    1) lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem
       prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach
       rezydentury;
    2) lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych
       miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:
       a) na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej
          dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres
          wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego,
       b) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania
          szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów,
       c) na podstawie umowy o pracę, zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący
          szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie
          samokształcenia, szkolenia i uczestnictwa w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby
określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy,

d) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,

e) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów – w trybie określonym w pkt 1 lub pkt 2 lit. a–d.

........................................  .................................................................
   (data)                                           (podpis i pieczątka wnioskującego)

`Niepotrzebne skreślić.`
Wniosek o rozpoczęcie przez lekarza będącego cudzoziemcem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

WZÓR

Wypełnia wnioskodawca

1. Imię (imiona) i nazwisko .................................................................
2. Nazwisko rodowe .............................................................................
3. Miejsce i data urodzenia .................................................................
4. Płeć ....................................................................................................
5. Numer PESEL ..................................................................................
   oraz kraj wydania
6. Obywatelstwo (obywatelstwa).........................................................
7. Adres miejsca zamieszkania .............................................................
8. Dokument, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa
   w Rzeczypospolitej Polskiej..............................................................
9. Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej..............
10. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub
    „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.................................
11. Posiadane specjalizacje, data ich uzyskania oraz tryb odbywania szkolenia
    specjalizacyjnego.............................................................................
12. Dotychczas odbywane szkolenia specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i
    tryb ich odbywania ...........................................................................
13. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP....................................
14. Posiadany stopień naukowy..............................................................
15. Liczba publikacji i ich wykaz (w załączeniu).....................................
16. Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie
    zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji, będącego miejscem zatrudnienia lekarza
    ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego............

   okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w tym podmiocie...

   oraz zajmowane stanowisko – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach
   medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych

17. Wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego*:  
    1) lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem
       prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach
       rezydentury;
    2) lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych
       miejsc szkolonych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:
       a) na podstawie umowy o pracę, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie
          specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia
          specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego,
       b) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania
          szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów,
       c) na podstawie umowy o pracę, zawartej z innym podmiotem niż prowadzące szkolenie
          specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia,
          szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów

*
lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy,

d) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania,

e) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów – w trybie określonym w pkt 1 lub pkt 2 lit. a–d.

.................................................. .................................................................
(data) (podpis i pieczątka wnioskującego)

*Niepotrzebne skreślić.
WZÓR

Wniosek do ministra właściwego do spraw zdrowia o wyrażenie zgody na odbycie szkolenia specjalizacyjnego i określenie warunków finansowych jego odbywania w dziedzinie

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko ........................................................................................................
2. Obywatelstwo........................................................................................................................
3. Data i miejsce urodzenia........................................................................................................
4. Kraj stałego zamieszkania........................................................................................................
5. Seria i numer paszportu...........................................................................................................
6. Numer karty pobytu/numer wizy wydanej przez ................................................................. dnia........................................................
7. Dokładny adres miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej .............
   numer telefonu............................................................ adres e-mail ................................................
8. Tytuł zawodowy....................................................................................................................
9. Nazwa, data wydania i numer dyplomu................................................................................
10. Numer i data otrzymania zaświadczenia o uznaniu dyplomu za równoważny z dyplomem ukończenia wyższej uczelni medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydanego przez ............................................................. dnia........................................................
11. Data ukończenia stażu podyplomowego ............................................................................
12. Data decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie uznania stażu odbytego za granicą ..............................................................
13. Wynik LEP albo LDEP, albo LEK, albo LDEK ....................................................................
14. Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty numer wydane przez ............................................................. dnia........................................................ lub
   Prawo wykonywania zawodu lekarza/Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty numeric wydane przez ............................................................. dnia........................................................
15. Członek okręgowej/wojskowej izby lekarskiej w............................................................... numer rejestracyjny ..............................................................
16. Miejsce odbywania studiów doktoranckich ........................................................................
   (podmiot prowadzący, adres) ................................................................................................
   (temat rozprawy doktorskiej) ................................................................................................
   (na warunkach stypendialnych, na warunkach opłatności albo bez opłatności świadczeń stypendialnych)
17. Posiadane specjalizacje (nazwa specjalizacji, stopień, data i numer dyplomu, nazwa podmiotu wydającego) ..............................................................
   ........................................................................................................................................
   ........................................................................................................................................
   ........................................................................................................................................
   ........................................................................................................................................
18. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej ........................................................................
   ........................................................................................................................................
   ........................................................................................................................................
   ........................................................................................................................................
19. Uzasadnienie wniosku

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

(data) (podpis i pieczątka wnioskującego)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA PROWADZĄCA SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE

Wyrażam zgodę na odbycie szkolenia specjalizacyjnego przez Panią/Pana

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

(imię i nazwisko lekarza)

w dziedzinie ..............................................................................................................................................

od dnia ......................................................................................................................................................

w ramach posiadanych wolnych miejsc szkoleniowych:

– na warunkach stypendialnych*
– na warunkach odpłatności**
– bez odpłatności i świadczeń stypendialnych*

* Niepotrzebne skreślić.

w ............................................................................................................................................................

(nazwa jednostki organizacyjnej)

w ............................................................................................................................................................

(nazwa komórki organizacyjnej)

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

(data) (podpis i pieczątka kierownika komórki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne) (podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

WYPEŁNIA ORGAN KIERUJĄCY W MIEJSCĘ ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZAKWALIFIKOWANIA DO ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Pani/Pan ......................................................................................................................................................

został/a zakwalifikowana/y / nie został/a zakwalifikowana/y do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ..............................................................

na warunkach ........................................................................................................................................

decyzją Ministra ................................................ nr .......................................... z dnia ..............................................................

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

(data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej) (pieczątka organu kierującego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego)

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Pani/Pan ......................................................................................................................................................

szkolenie specjalizacyjne w okresie od ........................................................ do ........................................................

w ..............................................................................................................................................................

(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

pod kierunkiem ........................................................................................................................................

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

(imię i nazwisko kierownika specjalizacji, posiadana przez niego specjalizacja oraz zajmowane stanowisko)
Okres przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego od ................................. do .................................

............... ................... (data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji) (podpis i pieczątka jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

POTWIERDZENIE ZAKOŃCZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Szkolenie specjalizacyjne zakończone w dniu .................................................................

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie ................................................................. złożony w dniu .................................................................

............... ................... (data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

ADNOTACJE O SKREŚLENIU Z REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ODBYWAJĄCYCH SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA

Pani/Pan................................................................. wpisana/y do rejestru pod numerem .................................................................

został/a skreślona/y z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie ................................................................. w dniu .................................................................

............... ................... (data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej) (pieczątka organu wydającego decyzję o skreśleniu)

(przyczyna skreślenia)
WZÓR

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego

w dziedzinie ........................................................................................................................................

Ministerstwo Obrony Narodowej
Inspektorat Wojskowej
Służby Zdrowia

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Stopień* Imię (imiona) i nazwisko.................................................................
2. Nazwisko rodowe............................................................................................
3. Tytuł zawodowy..............................................................................................
4. Data i miejsce urodzenia..................................................................................
5. Płeć: K □ M □
6. Numer PESEL ........................., a w przypadku jego braku cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość
    (nazwa i numer dokumentu oraz kraj i rok wydania)
7. Obywatelstwo (obywatelstwa)......................................................................
8. Adres miejsca zamieszkania.............................................................................
    (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)
9. Adres do korespondencji ...............................................................................  
    (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)
10. Nr telefonu.....................................................................................................
    tel. służbowy ...................................................................................................
    adres e-mail....................................................................................................
11. Członek wojskowej/okręgowej** izby lekarskiej w ...........................................
12. Prawo wykonywania zawodu lekarza /lekarza dentysty** nr ......................, wydane przez
    ......................................................................................... w dniu ....................., o numerze seryjnym
    dokumentu ..................................................................................................
13. Posiadane specjalizacje: .............................................................................
    ...........................................................................................................................
    (nazwa specjalizacji, numer dyplomu, nazwa podmiotu wydającego dyplom)
14. Dotychczas odbywane szkolenia specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i
    tryb ich odbywania ...........................................................................................
15. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP...............................................
    (liczba uzyskanych punktów)
16. Posiadany stopień naukowy .........................................................................
    nadany przez ..................................................................................................
    Tytuł rozprawy doktorskiej/habilitacyjnej........................................................
17. Liczba publikacji ................. (wykaz w załączaniu).
18. Członkostwo w medycznych towarzystwach naukowych
    ..........................................................................................................................
    (nazwa towarzystwa, rok rozpoczęcia członkostwa)
19. Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, zgodnego z
    kierunkiem wnioskowanego szkolenia specjalizacyjnego, w którym znajduje się stanowisko
    służbowe/miejsce zatrudnienia** lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia
    specjalizacyjnego..............................................................................................
    okres zatrudnienia/pozostawania na stanowisku służbowym** w pełnym wymiarze czasu pracy w
    tym podmiocie .....................................................................................................
oraz zajmowane stanowisko w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych

20. Miejsce wykonywania zawodu/przyszłej służby** .................................................................
   (nazwa jednostki wojskowej /instytucji, adres, zajmowane stanowisko)
21. Miejsce odbywania studiów doktoranckich ...........................................................
   (nazwa instytucji prowadzącej studia doktoranckie, adres)
22. Dotychczasowy przebieg służby wojskowej/pracy zawodowej**..............................

23. Wnioskuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie:
   1) przeznaczonym dla lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej:
      a) w ramach pełnienia służby na stanowisku służbowym w podmiocie leczniczym
         utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej,
      b) pozostając na stanowisku służbowym w jednostce wojskowej i odbywając szkolenie
         na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z
         podmiotem leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się
         szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych
         zobowiązań na czas jego trwania,
      c) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o
         program szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w tym samym podmiocie
         leczniczym, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów;
   2) przeznaczonym dla lekarzy nie będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej:
      a) w ramach świadczenia pracy w podmiocie leczniczym, który prowadzi szkolenie
         specjalizacyjne,
      b) pozostając na stanowisku pracy w podmiocie leczniczym nie prowadzącym szkolenia
         specjalizacyjnego i odbywając szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy
         cywilnoprawnej dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego, zawartej z podmiotem
         prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb
         odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas
         jego trwania,
      c) w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o
         program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce prowadzącej studia
         doktoranckie, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem studiów.

24. Oświadczam, że nie mam aktualnie otwartej żadnej specjalizacji.

   .......................................................... ..........................................................
   (data) (podpis i pieczątka wnioskującego)

   WYPEŁNIA PODMIOTLECZNICZY UPRAWNIONY DO PROWADZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

   ..........................................................
   (nazwa i adres podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

   ..........................................................
   (nazwa komórki organizacyjnej podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

25. Wstępnie akceptuję odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ...........................

   Przez Panią/Pana** ..........................................................
   (stempleń*, imię (imiona) i nazwisko)
   w ramach wolnych miejsc szkoleniowych.

   ..........................................................
   (data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)
26. Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .................................
przez Panią/Pana**--------------------------------------------------------------------------------
(stopień*, imię (imiona) i nazwisko)

w ramach pozostawania stanowisku służbowym/ umowy o pracę w ........................................
(nazwa jednostki wojskowej / instytucji, adres)

............................................................ (data) ............................................................ (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA / INSTYTUCJA WOJSKOWA, W KTÓREJ WNIOSKUJĄCY O
ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO JEST ZATRUDNIONY/ POZOSTAJE NA
STANOWISKU SŁUŻBOWYM**.

27. Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .................................
przez Panią/Pana**--------------------------------------------------------------------------------
(stopień*, imię (imiona) i nazwisko)

w ramach umowy cywilno-prawnej dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego w ............................
(nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, adres)

............................................................ (data) ............................................................ (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA PROWADZĄCA STUDIA DOKTORANCKIE LEKARZA WNIOSKUJĄCEGO
O ROZPOCZĘCIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

28. Wyrażam zgodę na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego
przez Panią/Pana**.................................................................
(stopień*, imię (imiona) i nazwisko)

w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program
specjalizacji w dziedzinie ............................................................
odbywanej w ................................................................. (nazwa instytucji prowadzącej studia doktoranckie, adres)
prowadzącej studia doktoranckie, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem studiów.

............................................................ (data) ............................................................ (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

29. REKOMENDACJA PRZEŁOŻONEGO FACHOWEGO:

................................................................. (data) ................................................................. (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)
30. REKOMENDACJA PRZEŁOŻONEGO SŁUŻBOWEGO*:

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

.......................... .......................................................... (data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

31. REKOMENDACJA SZefa SŁUŻBY ZDROWIA RODZAJU SIŁ ZBROJNYCH*

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

.......................... .......................................................... (data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

32. ZGODA SZefa INSPEKTORATU WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

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

.......................... .......................................................... (data) (podpis i pieczątka Szefa IWSZ)

WYPEŁNIA INSPEKTORAT WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA

33. W wyniku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie od dnia ........................................ do dnia ........................................ r.

Pani/Pan**........................................................................................................................................

(stopień*, imię (imiona) i nazwisko)

Uzyskała/a .................................. punktów, co stanowi.................................% ogólnej możliwej do uzyskania liczby punktów

i została/a / nie została/a zakwalifikowana/y do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

w trybie ..........................................................

i została/a** skierowana/y** w ramach wolnych miejsc szkoleniowych do

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

(nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne, adres)

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

(nazwa komórki organizacyjnej podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)

Nr wpisu do rejestru ...................................................................................................................

.......................... .......................................................... (data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej)

ADNOTACJE O SKREŚLENIU Z REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ODBYWAJĄCYCH SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE

34. Pani/Pan**................................................................. (stopień*, imię (imiona) i nazwisko)

wpisana/y do rejestru pod numerem............................................................................................

została/w dniu ................................................. skreślona/y z rejestru lekarzy odbywających
szkolenie specjalizacyjne na wniosek .................................................................

( stopień*, imię, nazwisko, funkcja osoby wnioskującej o skreślenie)

z powodu ...........................................................................................................

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

(przyczyna skreślenia lekarza z rejestru)

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

(data) .................................................................

(podpis i pieczętka Szefa IWSZ)

* Dotyczy tylko lekarzy będących żołnierzami w służbie czynnej.
** Niepotrzebne skreślić.
WZÓR

Wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego

w dziedzinie ........................................................................................................................................

Ministerstwo Spraw
Wewnętrznych Departament
Zdrowia

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko ..................................................................................................................

2. Nazwisko rodowe ..............................................................................................................................

3. Miejsce i data urodzenia ...................................................................................................................

4. Płeć ..........................................

5. Numer PESEL .................................................................w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu ..........................................................<br>oraz kraj wydania ................................................................................................................................

6. Obywatelstwo (obywatelstwa) ........................................................................................................

7. Adres miejsca zamieszkania ...............................................................................................................<br>Nr telefonu kontaktowego (w godz. 7.30–14.45)..........................................................................adres e-mail........................................

8. Numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej ............................................................

9. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”.................................................................

10. Posiadane specjalizacje, data ich uzyskania oraz tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

11. Dotychczas odbywane szkolenie specjalizacyjne niezakończone uzyskaniem tytułu specjalisty i tryb odbywania .................................................................................................................................

12. Wynik LEK albo LDEK, albo LEP, albo LDEP ..............................................................................

13. Posiadany stopień naukowy..............................................................................................................
14. Liczba publikacji i ich wykaz (załączeniu) ..........................................................................................................................

15. Nazwa i adres jednostki uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie zgodnej z kierunkiem wnioskowanej specjalizacji, będącej miejscem zatrudnienia lekarza ubiegającego się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego okres zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu w tej jednostce ..........................................................................................................................

16. Wnioskowany tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego*:

*Należy wybrać właściwy tryb odbywania specjalizacji zgodnie z art. 16h ust. 2 pkt 1–4 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 16x ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).

.................................................................................. .........................................................
(data) (podpis i pieczątka wnioskującego)
REGULAMIN POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

§ 1.
1. Lekarz składa odpowiednio wniosek o odbywanie albo rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego po zalogowaniu się do systemu. Po wypełnieniu, wydrukowaniu i podpisaniu wniosku, składa jego wersję papierową, wraz z wymaganymi załącznikami, do organu, o którym mowa w 16c ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).
2. Organ, o którym mowa w 16c ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, potwierdza elektronicznie zapisanie danych zgłoszonych we wniosku.

§ 2.
1. Do wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego należy dołączyć:
1) w przypadku rezydentury:
   a) oświadczenie dotyczące posiadania lub nie posiadania specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty, zawierające ponadto:
      - informację o odebraniu pouczenia o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań,
      - zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.),
      - informację o miejscu i dacie złożenia oświadczenia,
   b) kopię poświadczonej za zgodność z oryginałem dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”,
   c) kopię poświadczonej za zgodność z oryginałem świadectwa złożenia Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (LEP/LDEP) albo Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (LEK/LDEK),
   d) kopię poświadczonej za zgodność z oryginałem dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
2) w przypadku innego trybu niż rezydentura:
   a) oświadczenie dotyczące odbywania lub nieodbywania dotychczas oraz obecnie szkolenia specjalizacyjnego, zawierające ponadto:
      - informację o odebraniu pouczenia o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań,
zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,

informację o miejscu i dacie złożenia oświadczenia,

b) kopię poświadczonej za zgodność z oryginałem dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”;

c) kopię poświadczonej za zgodność z oryginałem świadectwa złożenia LEP/LDEK albo LEK/LDEK albo zaświadczenie o ocenach uzyskanych na egzaminie specjalizacyjnym I lub II stopnia lub zaświadczenie o wyniku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) wydane przez Centrum Egzaminów Medycznych,

d) kopię poświadczonej za zgodność z oryginałem dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

e) zgodę pracodawcy na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w jednym z następujących trybów:

– na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego,

– w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie odrębnych przepisów,

– na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestnictwa w wykonywaniu oraz wykonywaniu ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałojej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy,

f) zgodę kierownika studiów doktoranckich w przypadku deklaracji odbywania szkolenia specjalizacyjnego w ramach poszerzenia zajęć programowych stacjonarnych studiów doktoranckich o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, w dziedzinie zgodnej z kierunkiem tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a jeżeli pozostaje w stosunku pracy – również zgodę pracodawcy,

g) zaświadczenie pracodawcy o wymiarze czasu pracy oraz na jaki okres została zawarta umowa o pracę;

3) oświadczenie, w którym lekarz wskazuje tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego w przypadku zakwalifikowania się na to szkolenie w dwóch trybach;
4) w przypadku ubiegania się o uzyskanie w trybie pozarezydenckim dodatkowych punktów, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia, należy dołączyć:

   a) kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych,

   b) potwierdzenie do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do dnia 28 lutego lub do dnia 30 września) udziału w publikacji w czasopiśmie naukowym zamieszczonym w wykazie czasopism sporządzonych przez ministra właściwego do spraw nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych (potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych),

   c) zaświadczenie pracodawcy o posiadaniu co najmniej 3-letniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego (do dnia 28 lutego – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 marca, oraz do dnia 30 września – w przypadku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzanego w terminie od dnia 1 października do dnia 31 października), zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy, w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego,

   d) zaświadczenie pracodawcy informujące o zajmowanym stanowisku – w przypadku nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelniach medycznych lub innych uczelniach prowadzących działalność w dziedzinie nauk medycznych;

5) w przypadku lekarza i lekarza dentysty będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej oraz pełniącego służbę lub zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej należy dołączyć zgodę przełożonych służbowych wraz z opinią szefa jednostki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej;

6) w przypadku lekarza i lekarza dentysty będącego funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo zatrudnionego na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, albo pełniącego służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, należy dołączyć odpowiednio zgodę przełożonego albo pracodawcy.

2. Wnioskodawca przedstawia do wglądu oryginaly dokumentów.

3. W przypadku stwierdzenia braków formalnych dotyczących wniosku lekarz jest wzywany do ich usunięcia w terminie 7 dni od doręczenia wezwania. Po bezskutecznym upływie tego terminu wniosek jest pozostawiany bez rozpoznania.
§ 3.

1. Przy sporządzaniu listy lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego wojewoda uwzględnia złożone przez lekarza wnioski o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego oraz oświadczenie, w którym lekarz wskazuje, w którym bycie będzie odbywał szkolenie specjalizacyjne w przypadku zakwalifikowania się na szkolenie w dwóch trybach, o których mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia.

2. Jeżeli w postępowaniu kwalifikacyjnym w określonej dziedzinie medycyny w określonym trybie odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie zostały przyznane miejsca szkoleniowe, wnioski złożone na te miejsca pozostawia się bez rozpatrzenia.

§ 4.

Punkty za egzamin specjalizacyjny w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES przyznaje się następująco:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Punkty za średnią ocen</th>
<th>Punkty za średnią ocen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,00 – 116,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,00 – 156,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,01 – 116,4 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,01 – 156,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,02 – 116,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,02 – 157,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,03 – 117,2 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,03 – 157,6 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,04 – 117,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,04 – 158,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,05 – 118,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,05 – 158,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,06 – 118,4 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,06 – 158,8 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,07 – 118,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,07 – 159,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,08 – 119,2 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,08 – 159,6 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,09 – 119,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,09 – 160,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,10 – 120,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,10 – 160,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,11 – 120,4 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,11 – 160,8 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,12 – 120,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,12 – 161,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,13 – 121,2 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,13 – 161,6 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,14 – 121,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,14 – 162,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,15 – 122,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,15 – 162,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,16 – 122,4 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,16 – 162,8 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,17 – 122,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,17 – 163,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,18 – 123,2 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,18 – 163,6 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,19 – 123,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,19 – 164,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,20 – 124,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,20 – 164,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,21 – 124,4 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,21 – 164,8 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,22 – 124,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,22 – 165,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,23 – 125,2 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,23 – 165,6 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,24 – 125,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,24 – 166,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,25 – 126,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,25 – 166,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,26 – 126,4 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,26 – 166,8 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,27 – 126,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,27 – 167,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,29 – 127,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,29 – 168,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,30 – 128,0 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,30 – 168,4 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,32 – 128,8 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,32 – 169,2 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,34 – 129,6 punktów.</td>
<td>za średnią ocen 4,34 – 170,0 punktów.</td>
</tr>
<tr>
<td>za średnią ocen 3,35 – 130,0 punktów.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Średnia ocen</td>
<td>Kryteria</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>3,36 – 130,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,37 – 130,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,38 – 131,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,39 – 131,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,40 – 132,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,41 – 132,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,42 – 132,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,43 – 133,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,44 – 133,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,45 – 134,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,46 – 134,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,47 – 134,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,48 – 135,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,49 – 135,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,50 – 136,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,51 – 136,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,52 – 136,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,53 – 137,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,54 – 137,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,55 – 138,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,56 – 138,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,57 – 138,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,58 – 139,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,59 – 139,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,60 – 140,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,61 – 140,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,62 – 140,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,63 – 141,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,64 – 141,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,65 – 142,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,66 – 142,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,67 – 142,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,68 – 143,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,69 – 143,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,70 – 144,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,71 – 144,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,72 – 144,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,73 – 145,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,74 – 145,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,75 – 146,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,76 – 146,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,77 – 146,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,78 – 147,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,79 – 147,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,80 – 148,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,81 – 148,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,82 – 148,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,83 – 149,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,84 – 149,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,85 – 150,0</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,86 – 150,4</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,87 – 150,8</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,88 – 151,2</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>3,89 – 151,6</td>
<td>za średnią ocen</td>
</tr>
<tr>
<td>Średnia ocen</td>
<td>Punkty</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>----------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>3,90 – 152,0</td>
<td>za średnią ocen 3,90 – 152,0 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,91 – 152,4</td>
<td>za średnią ocen 3,91 – 152,4 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,92 – 152,8</td>
<td>za średnią ocen 3,92 – 152,8 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,93 – 153,2</td>
<td>za średnią ocen 3,93 – 153,2 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,94 – 153,6</td>
<td>za średnią ocen 3,94 – 153,6 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,95 – 154,0</td>
<td>za średnią ocen 3,95 – 154,0 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,96 – 154,4</td>
<td>za średnią ocen 3,96 – 154,4 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,97 – 154,8</td>
<td>za średnią ocen 3,97 – 154,8 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,98 – 155,2</td>
<td>za średnią ocen 3,98 – 155,2 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>3,99 – 155,6</td>
<td>za średnią ocen 3,99 – 155,6 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,00 – 196,0</td>
<td>za średnią ocen 4,00 – 196,0 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,90 – 192,0</td>
<td>za średnią ocen 4,90 – 192,0 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,91 – 192,4</td>
<td>za średnią ocen 4,91 – 192,4 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,92 – 192,8</td>
<td>za średnią ocen 4,92 – 192,8 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,93 – 193,2</td>
<td>za średnią ocen 4,93 – 193,2 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,94 – 193,6</td>
<td>za średnią ocen 4,94 – 193,6 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,95 – 194,0</td>
<td>za średnią ocen 4,95 – 194,0 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,96 – 194,4</td>
<td>za średnią ocen 4,96 – 194,4 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,97 – 194,8</td>
<td>za średnią ocen 4,97 – 194,8 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,98 – 195,2</td>
<td>za średnią ocen 4,98 – 195,2 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>4,99 – 195,6</td>
<td>za średnią ocen 4,99 – 195,6 punktów,</td>
</tr>
<tr>
<td>5,00 – 196,0</td>
<td>za średnią ocen 5,00 – 196,0 punktów,</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ocena</th>
<th>Punkty</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 5,0   | za ocenę 5,0 z wyróżnieniem – 200,00 punktów.
**WZÓR**

pieczętka wojewody

<table>
<thead>
<tr>
<th>Numer wpisu do rejestru lekarzy</th>
<th>odbywających szkolenie specjalizacyjne</th>
</tr>
</thead>
</table>

**Karta szkolenia specjalizacyjnego nr ............../........... r.**  
**w dziedzinie ........................................................................**

Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego ........................................................................

**DANE OSOBOWE**

1. Imię (imiona) i nazwisko ......................................................................
2. Nazwisko rodowe...........................................................................................
3. Miejsce i data urodzenia ..........................................................................
4. Płeć .............................................................................................................
5. Numer PESEL ................................., a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i numer dokumentu oraz kraj wydania
6. Obywatelstwo (obywatelstwa) ...................................................................
7. Adres miejsca zamieszkania ......................................................................
8. Adres e-mail ..............................................................................................
9. Numer telefonu ...........................................................................................
10. Tytuł zawodowy ....................................................................................... 
11. Numer seryjny, data i miejsce wystawienia dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”
12. Przynależność do okręgowej/wojewódzkiej Izby Lekarskiej w ......................... nr rejestracyjny .................................................................
13. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień lub tytuł, data uzyskania):

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

14. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację:

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

15. Okres szkolenia: od dnia ......................................................... do dnia ......................

<table>
<thead>
<tr>
<th>data</th>
<th>(podpis i pieczątka wojewody)</th>
</tr>
</thead>
</table>

16. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji .............................................
    numer PESEL ...........................................................................................
    posiadane specjalizacje, stopień naukowy, stanowisko służbowe ...........

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

17. Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego .......................................

<table>
<thead>
<tr>
<th>(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)</th>
<th>(podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)</th>
</tr>
</thead>
</table>

Załącznik nr 13
18. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego do dnia 
przyczyna przedłużenia

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

19. Adnotacja o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego do dnia 
przyczyna przedłużenia

(data, podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

(podpis i pieczątka konsultanta wojewódzkiego)

(podpis i pieczątka wojewody)

20. Adnotacja o zaliczeniu/skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze 
na podstawie (nr decyzji Ministra Zdrowia lub inne przyczyny)

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(podpis i pieczątka kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

UWAGI
# REALIZACJA PROGRAMU Szkolenia Specjalizacyjnego

## I ROK Szkolenia

1. Kurs wprowadzający
   - Temat i nr kursu .................................................................
   - Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ........................................
   - Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .................................

   ![data](image)

   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Kursy szkoleniowe:
   - Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ........................................
   - Temat i nr kursu .................................................................
   - Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .................................

   ![data](image)

   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

3. Staże kierunkowe:
   - Staż kierunkowy w zakresie ..................................................
   - Okres realizacji .................................................................
   - Nazwa podmiotu prowadzącego stażu kierunkowy ..........................

   ![data](image)

   Nazwa komórki organizacyjnej ..................................................
   - Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .................
   - Ocena ..................................................................................

   ![data](image)

   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

   - Staż kierunkowy w zakresie ..................................................
   - Okres realizacji .................................................................
   - Nazwa podmiotu prowadzącego stażu kierunkowy .........................
   - Nazwa komórki organizacyjnej ...............................................
Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

Ocena

(data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

-- Staż kierunkowy w zakresie

Okres realizacji

Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

 Nazwa komórki organizacyjnej

 Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego.

Ocena

(data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia

rodzaj

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne

 Nazwa komórki organizacyjnej

 Liczba godzin dyżurów

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

UWAGI
II ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .................................................................
   Temat i nr kursu ...........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ..................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – 
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)
   
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ....................................................................
   Temat i nr kursu ...........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ..................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – 
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ....................................................................
   Temat i nr kursu ...........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ..................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – 
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:
   – Staż kierunkowy w zakresie ...................................................................................
   Okres realizacji .........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ....................................................
   
   Nazwa komórki organizacyjnej ..............................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego ......................................
   
   Ocena .........................................................................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
   
   – Staż kierunkowy w zakresie ...................................................................................
   Okres realizacji .........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ....................................................

   Nazwa komórki organizacyjnej ..............................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego ......................................
   
   Ocena .........................................................................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
   
   – Staż kierunkowy w zakresie ...................................................................................
   Okres realizacji .........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ....................................................

   Nazwa komórki organizacyjnej ..............................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego ......................................
   
   Ocena .........................................................................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych ……………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(datum) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia
rodzaj …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(datum) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne
Nazwa komórki organizacyjnej…………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Liczba godzin dyżurów ……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(datum) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(datum) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

UWAGI
III ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
     Temat i nr kursu
     Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu
     (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
   Temat i nr kursu
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

– Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
   Temat i nr kursu
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:
   – Staż kierunkowy w zakresie
     Okres realizacji
     Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
     Nazwa komórki organizacyjnej
     Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
     Ocena
     (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie
   Okres realizacji
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
   Nazwa komórki organizacyjnej
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
   Ocena
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

– Staż kierunkowy w zakresie
   Okres realizacji
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
   Nazwa komórki organizacyjnej
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
   Ocena
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych 

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

............... ............................................. (data) ......................................................... (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj  ........................................................................................................................................

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

............... ............................................. (data) ......................................................... (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy 
poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

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

............... ............................................. (data) ......................................................... (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej......................................................................................................

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

Liczba godzin dyżurów ......................................................................................................................

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

............... ............................................. (data) ......................................................... (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

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

............... ............................................. (data) ......................................................... (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

UWAGI
IV ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .................................................................
   Temat i nr kursu ........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ................................................................
   ........................................ (data) ...........................................................
   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ....................................................................
   Temat i nr kursu ........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .................................................................
   ........................................ (data) ...........................................................
   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ....................................................................
   Temat i nr kursu ........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .................................................................
   ........................................ (data) ...........................................................
   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:
   – Staż kierunkowy w zakresie .................................................................................
   Okres realizacji ........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....................................................
   ........................................ (data) ...........................................................
   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
   – Staż kierunkowy w zakresie .................................................................................
   Okres realizacji ........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....................................................
   Nazwa komórki organizacyjnej ................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .........................................
   Ocena ......................................................................................................................
   ........................................ (data) ...........................................................
   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
   – Staż kierunkowy w zakresie .................................................................................
   Okres realizacji ........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy .....................................................
   Nazwa komórki organizacyjnej ................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego .........................................
   Ocena ......................................................................................................................
   ........................................ (data) ...........................................................
   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych ………………………………………………………………

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

(data) .......................................................................................................................

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj ….............................................................................................................

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

(data) .......................................................................................................................

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej…………………………………………………………….

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

Liczba godzin dyżurów ….....................................................................................

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

(data) .......................................................................................................................

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

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

(data) .......................................................................................................................

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

UWAGI
V ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .................................................................
   Temat i nr kursu .................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .............................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ................................................................
   Temat i nr kursu .................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .............................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs ................................................................
   Temat i nr kursu .................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu .............................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji – na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:
   – Staż kierunkowy w zakresie .............................................................................
   Okres realizacji .................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ............................................... 
   
   Nazwa komórki organizacyjnej ...........................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego....................................
   
   Ocena ...................................................................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

   – Staż kierunkowy w zakresie .............................................................................
   Okres realizacji .................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ............................................... 
   
   Nazwa komórki organizacyjnej ...........................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego....................................
   
   Ocena ...................................................................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

   – Staż kierunkowy w zakresie .............................................................................
   Okres realizacji .................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ............................................... 
   
   Nazwa komórki organizacyjnej ...........................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego....................................
   
   Ocena ...................................................................................................................
   
   (data) (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych .................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj ......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej .................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................

Liczba godzin dyżurów ...................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

6. Spelnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................
......................................................................................................................

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

UWAGI
VI ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:
   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .................................................................
   Temat i nr kursu ........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ................................................................
   .................................................................................................................................
   (data) ...........................................................................................................................
   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .................................................................
   Temat i nr kursu ........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ................................................................
   .................................................................................................................................
   (data) ...........................................................................................................................
   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

   – Nazwa podmiotu prowadzącego kurs .................................................................
   Temat i nr kursu ........................................................................................................
   Potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu ................................................................
   .................................................................................................................................
   (data) ...........................................................................................................................
   (podpis i pieczątka kierownika kursu lub kierownika specjalizacji –
   na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu)

2. Staże kierunkowe:
   – Staż kierunkowy w zakresie ..................................................................................
   Okres realizacji ........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ....................................................
   .................................................................................................................................
   (data) ...........................................................................................................................
   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

   – Staż kierunkowy w zakresie ..................................................................................
   Okres realizacji ........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ....................................................
   .................................................................................................................................
   (data) ...........................................................................................................................
   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)

   – Staż kierunkowy w zakresie ..................................................................................
   Okres realizacji ........................................................................................................
   Nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy ....................................................
   .................................................................................................................................
   (data) ...........................................................................................................................
   (podpis i pieczątka kierownika stażu kierunkowego)
3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych .................................................................

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

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

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

.............................................. (data) ................................................................. (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj .................................................................................................................................

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

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

(w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji – w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia, publikacji oraz nazwa wydawnictwa)

.............................................. (data) ................................................................. (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

Nazwa komórki organizacyjnej.........................................................................................

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

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

Liczba godzin dyżurów ........................................................................................................

.............................................. (data) ................................................................. (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

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

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

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

.............................................. (data) ................................................................. (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

UWAGI
KOLOKWJUM Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO PRZEPROWADZONE NA PODSTAWIE

Poddmiot przeprowadzający kolokwium

Ocena

(data) (podpis i pieczątka przeprowadzającego kolokwium)

ZALICZENIE MODUŁU PODSTAWOWEGO
Pani/Pan

wpisana/y do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem

odbył/a szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył/a program modułu podstawowego w zakresie

(data) (podpis i pieczątka lekarza wyznaczonego przez kierownika jednostki organizacyjnej, w której lekarz odbywał moduł podstawowy, zgodnie z § 15 ust. 2 rozporządzenia)

(data) (podpis i pieczątka kierownika jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego)

(pieczątka jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne w zakresie modułu podstawowego)

ZALICZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO PRZEZ KIEROWNIKA SPECJALIZACJI
Pani/Pan

wpisana/y do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne pod numerem

odbył/a szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programem specjalizacji oraz zaliczył/a program specjalizacji w dziedzinie

(data) (podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

(data) (podpis i pieczątka kierownika jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

(pieczątka jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)
**WZÓR**

*Indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych*

**INDEKS WYKONANYCH ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCYNYCH**

Nr .........../........... r.

zewnętrzna strona okładki

**INSTRUKCJA**

Lekarz/lekarz dentysta odbywający szkolenie specjalizacyjne wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego.

Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

1) numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne,
2) nazwa stażu szkoleniowego,
3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanej z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”,
4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
5) miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
6) inicjały pacjenta,
7) płeć pacjenta,
8) nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
9) nazwiska lekarzy/lekarzy dentystów biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta,
10) nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
11) podpis i pieczątka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego,
12) pieczątka jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne/staż kierunkowy.

wewnętrzna strona okładki
(numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne)

(imię i nazwisko lekarza)

(dziedzina medycyny)

(nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

(nazwa komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)

(imię i nazwisko kierownika specjalizacji)

strona 1

<p>| | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>12.</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>7.</td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>K / M*</td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

strona 2 i następne

* Niepotrzebne skreślić.
WZÓR

Oświadczenie członka Zespołu Egzaminacyjnego

........................................................................................................................................
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie
........................................................................................................................................
Numer PESEL*

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż nie jestem:
1) małżonkiem,
2) osobą pozostającą w stosunku:
   a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
   b) przysposobienia,
3) osobą pozostającą we wspólnym pożyciu,
4) osobą pozostającą w stosunku zależności służbowej

osoby przystępującej do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie............................................. w sesji wiosennej/jesiennej** 20...... r., składanego przed Zespołem Egzaminacyjnym, do którego zostałam/em wyznaczona/y.

Oświadczam również, że nie zostałam/em skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Równocześnie zobowiązuję się poinformować Dyrektora CEM o wszelkich zmianach okoliczności, które wpływałyby na moją bezstronność, a które nastąpiłyby do dnia egzaminu. Zawiadomienie przekażę niezwłocznie po zaistnieniu tych okoliczności.

.................................................................................................................
(data)                                                                                     (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

* W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę
  i numer dokumentu oraz kraj wydania.
** Niepotrzebne skreślić.
WZÓR

DYPLOM

Pani/Pan ................................................................. urodzona/y ..............................................

w ........................................................................................................

posiadająca/y obywatelstwo .................................................................
oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej nr .................. wydane przez ........................................ w dniu

po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana ..........................

i spełnieniu przesłanek określonych w art. 16r ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach
lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) oraz przepisach
rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie wykazu egzaminów
organizowanych przez europejskie towarzystwa naukowe równoważnych z Państwowym Egzaminem
Specjalizacyjnym oraz wykazu dokumentów potwierdzających złożenie takich egzaminów (Dz. U.
poz. 151)

uzyskała/tytuł specjalisty w dziedzinie .................................................................

(pieczęć okrągła
Centrum Egzaminów Medycznych)

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

(podpis i pieczątka Dyrektora
Centrum Egzaminów Medycznych)

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

(numer dyplomu) (miesje i data wydania dyplomu)
WZÓR

DYPLOM

Pani/Pan .............................................................. urodzona/y ..............................................................

w ....................................................................................................................... ..............................................................

posiadająca/y obywatelstwo .............................................................. ..............................................................

oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na terytorium
Rzeczypospolitej Polskiej nr ........................ wydane przez .............................................................. w dniu

po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego pod kierunkiem Pani/Pana ..............................................................

i złożeniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z oceną .............................................................. w dniu .............................................................. przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie

określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji

lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 26)

uzyska/a tytuł specjalisty w dziedzinie .............................................................. ..............................................................

(pięczę okrągła

Centrum Egzaminów Medycznych)

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

(podpis i pieczątka Dyrektora

Centrum Egzaminów Medycznych)

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

(numer dyplomu) (miescze i data wydania dyplomu)