

GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGI PSZICHIÁTRIA ALAPSZAKKÉPZÉS

34 hó speciális képzés

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

Szakgyakorlati idő kezdete (dátum):	Szakgyakorlati idő tervezett befejezése (dátum):
-------------------------------------	--

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Ideje:	Tutor neve/aláírása:
10 hó akut felnőtt pszichiátriai osztály			
24 hó gyermek-pszichiátriai szakellátás: osztály vagy gondozó (benne: rehabilitáció, drogellátás, pszichoterápia, közösségi gyermekpszichiátria)			
Elméleti képzés és a pszichoterápiás képzés propedeutikai fázisa			

A gyakorlati tematika teljesítésének folyamatos ellenőrzése és a munkabér számfejtéséhez szükséges munkavégzést igazoló adatlapok megküldése miatt – **legalább féléves időtartamban, előzetesen kérjük megküldeni** beosztott, és a tutor által ellenjegyzett szakképzési tervét Szak- és Továbbképzési Központunknak. A gyakorlatok **akkreditált képzőhelyeken** töltendőek. Jelen nyomtatvány fogadónyilatkozátként funkcionál, a leckekönyvet nem helyettesíti.