

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu ogłasza nabór kandydatów do specjalizacji:

Fizjoterapia

Kandydaci spełniający warunki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 30.09.2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. nr 173 poz. 1419 z późn zm), proszeni są o składanie dokumentów określonych w rozporządzeniu osobiście lub drogą pocztową na adres :

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu
Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa dr n .med. Romuald Komandowski
ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych,
z dopiskiem "fizjoterapia" w terminie do dnia 05.06.2013 r.**

W przypadku, gdy liczba wnioskujących przekroczy liczbę wolnych miejsc, postępowanie kwalifikacyjne odbędzie się **25.06.2013 r.** o godz. 10.00 w **Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu** o czym kandydaci zostaną poinformowani indywidualnie. Zawiadomienie jest przesyłane **wyłącznie** pocztą elektroniczną nie później niż 7 dni przed terminem rozmowy.


**Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa
dr n. med. Romuald Komandowski**

POSTĘPOWANIE KWALIFIKACYJNE

1. Postępowanie kwalifikacyjne jest prowadzone w jednostce szkolącej.
2. Osoby ubiegające się o rozpoczęcie specjalizacji składają wniosek według wzoru podanego w załączniku nr 2 do rozporządzenia wraz z odpisem dyplomu szkoły wyższej, bezpośrednio do kierownika jednostki szkolącej.
3. Osoby, o których mowa w § 13, Dz. U. nr 173 poz.1419 dołączają do wniosku także zgodę Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na rozpoczęcie specjalizacji.
4. Wniosek jest składany w terminie podanym przez kierownika jednostki szkolącej do publicznej wiadomości.

Prosimy do wniosku dołączyć:

1. zaświadczenie o zatrudnieniu
2. zaświadczenie o ukończonych kursach, szkoleniach (kopie)
3. zaświadczenie o przynależności do towarzystw naukowych
4. publikacje

Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje :

1. ocenę formalną wniosku
2. postępowanie konkursowe, w przypadku gdy liczba wnioskujących przekroczy liczbę wolnych miejsc, polegające na dodatkowym przeprowadzeniu rozmowy kwalifikacyjnej.

Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się w terminie do 30 dni od dnia określonego jako ostateczny termin składania wniosku o rozpoczęcie specjalizacji.

W N I O S E K O R O Z P O C Z Ę C I E S P E C J A L I Z A C J I

W D Z I E D Z I N I E

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Obywatelstwo.....
3. Numer PESEL
4. Data i miejsce urodzenia
5. Miejsce zamieszkania kod
- tel. domowy tel. służbowy
6. Adres e-mail
7. Adres do korespondencji kod
8. Tytuł zawodowy
9. Data wydania i nr dyplomu szkoły wyższej.....
10. Miejsce wykonywania zawodu.....
.....
(nazwa jednostki organizacyjnej, adres)
11. Posiadany stopień naukowy
nadany przez..... w dniu.....
Tytuł pracy doktorskiej, habilitacyjnej.....
12. Posiadane specjalizacje (tytuł, data i nr dyplomu, podmiot wydający)
-
13. Miejsce odbywania studiów doktoranckich.....
.....
(nazwa jednostki organizacyjnej, adres)
14. Przynależność do towarzystw naukowych lub stowarzyszeń zawodowych (nazwa towarzystwa naukowego lub stowarzyszenia zawodowego, data przystąpienia)
-
15. Liczba publikacji (wykaz publikacji w załączeniu).....
-
16. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej.....
.....
.....

17. Informuję, że będę odbywał/a specjalizację na podstawie § 11 ust 1 pkt rozporządzenia oraz zobowiązuję się do rozpoczęcia, odbywania i zakończenia specjalizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

§ 11. Osoba uprawniona do podjęcia specjalizacji może ją odbywać na podstawie:

- 1) umowy o pracę zawartej z jednostką szkolącą na czas nieokreślony lub określony, równy okresowi trwania specjalizacji;
- 2) umowy o pracę zawartej z innym pracodawcą, niż jednostka szkoląca i skierowania przez pracodawcę do jednostki szkolącej w celu odbycia specjalizacji.
- 3) umowy cywilnoprawnej zawartej na czas trwania specjalizacji z jednostką szkolącą;
- 4) poszerzonego o program specjalizacji programu dziennych studiów doktoranckich, prowadzonych przez uprawniony podmiot, w skład którego wchodzi jednostka szkoląca.

(podpis wnioskodawcy)

18. Potwierdzam zgodę na odbywanie specjalizacji *

.....
.....
.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej wnioskodawcę lub jednostki prowadzącej studia doktoranckie)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

19. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883

.....
podpis wnioskodawcy

* dotyczy osób, o których mowa w § 11 ust.1 pkt 1,2 i 4.

19. Wynik postępowania kwalifikacyjnego

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć konsultant wojewódzki)

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Pan/Pani został/a skierowania do odbywania specjalizacji w ramach wolnych miejsc szkoleniowych

do

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

w terminie od dnia do dnia

Imię i Nazwisko kierownika specjalizacji

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika Ośrodka)