

Особенности проведения выездных циклов на базах лечебных учреждений



Заведующий учебной частью СПб ГБУ ДПО «ЦПО СМП»

Евсеева Наталья Анатольевна

Санкт-Петербург

2018

Приказ Комитета по здравоохранению Правительства СПб от 17.04.2018 №107-к



17.04.2018

№ 107-к

ГОб утверждении Перечня баз практического обучения Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центр последипломного образования специалистов медицинского профиля», находящегося в ведении Комитета по здравоохранению

В целях повышения качества подготовки и совершенствования практического обучения учащихся

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Перечень лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга, являющихся базами практического обучения учащихся Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Центр последипломного образования специалистов медицинского профиля» (далее – СПб ГБУ ДПО «ЦПО СМП»), согласно Приложению.
2. Директору СПб ГБУ ДПО «ЦПО СМП» и главным врачам лечебно-профилактических учреждений обеспечить проведение практического обучения учащихся в порядке, определенном действующим законодательством.
3. Признать утратившим силу приказ Комитета по здравоохранению от 22.06.2011 № 137-к «Об утверждении перечня баз практического обучения Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский Центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским образованием № 1», находящегося в ведении Комитета по здравоохранению».
4. Контроль за выполнением приказа возложить на начальника Отдела по вопросам государственной службы и кадров Комитета по здравоохранению А.А. Дубину.

Председатель Комитета



М.В. Дубина

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 июня 2016 г. № 435н

"Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья"

**Перечень документов для оформления
слушателей на циклы обучения
без отрыва от работы**



АДМИНИСТРАЦИЯ _____ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

(указать район)

ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения

« _____ »

(указать учреждение)

ПРИКАЗ

От 09.09.2018г.

№333

г. Санкт-Петербург

В целях повышения квалификации медицинских сестер _____

(указать учреждение)

ПРИКАЗЫВАЮ:

С 11.11.2018г. по 22.12.2018г.

Провести цикл « _____ » на базе « _____ »

название цикла

указать учреждение

в количестве _____ человек, согласно списка (приложение № 1 к настоящему приказу)

Ответственным за организационные вопросы назначить _____.

Старостой группы назначить _____.

Приложение: список слушателей цикла

Подпись гл. врача

Печать учреждения

Приложение №1
к Приказу №___от___

Список слушателей

Цикла повышения квалификации/профессиональной переподготовки(нужное подчеркнуть)_____

№	Ф.И.О. (полностью)	Занимаемая должность	Согласие на обработку персональных данных (подпись слушателя)

Ответственность за достоверность указанных сведений и контроль за обучением работников оставляю за собой.

Подпись главного врача

(расшифровка подписи)

Печать учреждения

Контактные данные организатора обучения:_____

Дана СПб ГБУЗ Городская поликлиника №114
Приморского района

(наименование органа здравоохранения, название организации)

Для направления на цикл повышения квалификации
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Срок проведения с 17.10.2018 по 15.11.2018

Регистрация на первом занятии в 9.00

ИМЕТЬ ОРИГИНАЛЫ ДОКУМЕНТОВ: ПАСПОРТ, ДОКУМЕНТ ОБ
ИЗМЕНЕНИИ ФАМИЛИИ, ДИПЛОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВО О
СПЕЦИАЛИЗАЦИИ И О ПОСЛЕДНЕМ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ,
КОПИЮ ТРУДОВОЙ КНИЖКИ, ЗАВЕРЕННУЮ ОТДЕЛОМ КАДРОВ

Копии всех документов для сертификации слушателя

ДИРЕКТОР ЦЕНТРА:

м.п.

12.09.2018

Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение дополнительного
профессионального образования
«Центр последипломного образования
специалистов медицинского профиля»
191028, Санкт-Петербург, ул. Кировская, д. 16, литер А
Учебная часть

**НАСТОЯЩАЯ ПУТЕВКА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ
КОМАНДИРОВАНИЯ НА ОБУЧЕНИЕ**

Даю согласие на обработку моих персональных данных _____

Дата

подпись

Копия трудовой книжки сдана

Дата/время печати 12.09.2018 16:19:54

Стоимость для внебюджета: 16,000.00 руб.

На цикл командировается

(Фамилия, имя, отчество, год рождения)

(занимаемая должность)

Серия и номер диплома _____

Наименование учебного заведения, которое окончил(а) _____

Дата окончания учебного заведения _____

Специальность по диплому _____

Ранее проходил(а):

специализация/переподготовка _____

№ удостоверения _____ Год _____

последнее усовершенствование _____

№ удостоверения _____ Год _____

Телефон рабочий _____, домашний _____

С получением сертификата.

Подпись руководителя учреждения,
командирующего специалиста со
средним медицинским образованием

м.п. (подпись) (Расшифровка)

СКАН-КАРТА Слушателя - Повышение Квалификации, Профессиональная переподготовка

Решение об итогах прохождения курса обучения

Оценить курс

3. **ФАМИЛИЯ** →

4. **И М Я** →

5. **ОТЧЕСТВО** →

6. Год рождения (Пример -1959) →

7. КОД Учреждения (См. Список № 1) →

Наименование учреждения (прописью) разборчиво в черный квадрат

9. Бюджетный курс →

10. Дата договора

 День Месяц Год
 Пример - 01 09 08

11. Внебюджетный курс →

13. № Договора ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ →
 (Пример: 057897)

15. Диплом Серия →

16. Диплом Номер →

32. Диплом Год Выдачи →

17. КОД Должности (См. Список № 2) →
 Должность (прописью) разборчиво

18. КОД Специальности (См. Список № 3) →
 Специальность (прописью) разборчиво

19. Контактный телефон в СПб. →
 (Пример - 8 911 7653423)

20. Подпись слушателя →

Решение об итогах прохождении курса обучения.

21. Выдать документ о прохождении курса усовершенствования, профессиональной переподготовки →

27. Отчислить →

28. Дата отчисления →

24. Оценка курса →
 5 4 3 0

25. Подпись ответственного за повышение квалификации, профессиональную переподготовку →

Внимание! Скан-Карта заполняется ПЕЧАТНЫМИ буквами, КРУПНО, РАЗДЕЛЬНО, БЕЗ ИСПРАВЛЕНИЙ И СОКРАЩЕНИЙ КОДЫ п.7, п.17, п.18 заполняется согласно спискам для Санкт-Петербурга

Буквы в слове НЕ ДИКАЯ СЛОВА !!!
 Правильно И О С К В А
 Неправильно !!! МОСКВО

Директору СПб ГБУ ДПО «ЦПО СМП»
Регентовой Елене Сергеевне

БЮДЖЕТ

Заявление

Я, _____ прошу зачислить
меня на обучение по программе дополнительного профессионального образования на
цикле повышения квалификации / профессиональной переподготовки (нужное подчеркнуть)

« _____
(наименование цикла обучения)
_____ » (кол-во учебных часов _____)

с _____ 2018 г. по _____ 2018 г.

Настоящим, даю согласие на обработку персональных данных и несу ответственность за
достоверность и подлинность, представленных мною сведений.

Дата: _____ / _____ / _____
Подпись _____ Расшифровка подписи _____

- Трудовая книжка



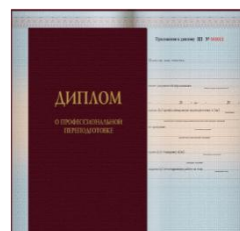
- Сертификат специалиста



- Свидетельство о специализации



- Диплом о профессиональной переподготовке



- Удостоверение о повышении квалификации



По вопросам оформления документов на выездные циклы обучения просьба обращаться к заведующему практикой

Дереге Юлии Юрьевне

E-mail: **u.derega@cpkсмо.ru**

Телефон **272-10-44**

По вопросам организации обучения просьба обращаться к заведующему учебной частью

Евсеевой Наталье Анатольевне

Телефон **273-32-18**

E-mail: **n.evseeva@cpkсмо.ru**

Благодарим за сотрудничество!





Наши контактные данные:

191028, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.16
т./факс (812)273-32-18, т. (812)272-21-21
многоканальный телефон: **(812)456-04-52**

E-mail: cpk1@bk.ru

Режим работы Центра:

понедельник - четверг: 8.45 - 17.30,
пятница: 8.45 - 16.15,
обеденный перерыв: 12.30 - 13.00

Сайт Центра:

<http://www.cpksmo.ru/>

Официальная группа Центра в Контакте:

https://vk.com/spb_cpосmp