**Oświadczenie lekarza radiologa ubiegającego się o certyfikat PLTR**

**z zakresu Radiologii Zabiegowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Tytuł naukowy |  |
| Specjalizacja / Specjalizacje (rok uzyskania) |  |
| Nr prawa wykonywania zawodu |  |
| Podstawowe miejsce pracy  (dokładny adres, tel. i fax) |  |
| Adres i telefon prywatny,  e-mail |  |

**Oświadczam, że:**

  **posiadam ważne prawo wykonywania zawodu lekarza medycyny, tytuł specjalisty Radiologii i Diagnostyki Obrazowej lub specjalizację II z Radiodiagnostyki oraz jestem aktywnym członkiem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego**

  **pracuję od co najmniej 5 lat w ośrodku wykonującym wymagane warunkami certyfikatu procedury diagnostyczne w odpowiednim zakresie**

  **w okresie ostatnich 5 lat wykonałam/em samodzielnie wymagane warunkami certyfikatu procedury diagnostyczne / terapeutyczne**

  **uzyskałam/em 6 pkt. za działalność naukowo-dydaktyczną w zakresie radiologii zabiegowej (wg poniższego formularza)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stopnie naukowe – praca z zakresu radiologii zabiegowej\*** | **Punkty** | **Tak/Nie** | **Suma** |
| Doktorat | 5 |  |  |
| Habilitacja | 10 |  |  |
| **Osiągnięcia naukowo-dydaktyczne z zakresu radiologii zabiegowej\*** | **Punkty** | **Liczba** | **Suma** |
| Publikacja zagraniczna (lista filadelfijska) – I-szy autor | 5 |  |  |
| Publikacja zagraniczna (lista filadelfijska) – współautor | 2 |  |  |
| Publikacja krajowa – I-szy autor | 3 |  |  |
| Publikacja krajowa – współautor | 1 |  |  |
| Wykład na zaproszenie | 3 |  |  |
| Zjazd zagraniczny - prezentacja ustna - I-szy autor | 3 |  |  |
| Zjazd krajowy - prezentacja ustna - I-szy autor | 2 |  |  |
| Plakat zjazdowy (krajowy/zagraniczny) - I-szy autor | 1 |  |  |
| Komunikat/plakat zjazdowy (krajowy/zagraniczny) - współautor | 1 |  |  |
| Inne \*\* | |  |  |
| **SUMA PUNKTÓW** | | |  |

**Spis publikacji/prezentacji:**



*\*należy dołączyć spis publikacji/prezentacji i kopie prac/stron tytułowych/programów zjazdowych*

*\*\*należy wyszczególnić i dołączyć kopię/potwierdzenie*

**Wykaz odbytych kursów/sympozjów z zakresu radiologii zabiegowej w ostatnich 5 latach (wymagany jest udział w co najmniej 3 kursach w tym okresie\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| miejscowość i data | podpis osobisty | Pieczątka i podpis kierownika jednostki |

  **rekomenduję …………………………………………………………… do otrzymania certyfikatu PLTR z zakresu radiologii zabiegowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Data i podpis osoby rekomendującej, posiadającej certyfikat PLTR z zakresu radiologii zabiegowej | Data i podpis osoby rekomendującej, posiadającej certyfikat PLTR z zakresu radiologii zabiegowej |

***Do wniosku należy dołączyć wersje cyfrowe (skany) i kopie stosownych dokumentów.***

***Wniosek należy przesłać:***

1. ***w postaci cyfrowej na adres mailowy:***

***zrz@pum.edu.pl***

1. ***pocztą na adres:***

**Uniwersytecki Szpital Kliniczny**

**Sekretariat Zakładu Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii**

**ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław**