Приложение № 4

ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ОБУЧЕНИЕ

на

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(посочват се имената на специализанта по документ за самоличност)

специализант по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(посочва се специалността от номенклатурата на специалностите)

чието обучение се финансира по проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“

**А. АДМИНИСТРАТИВНА ИНФОРМАЦИЯ**

1. Ръководител на специализанта (имена по документ за самоличност, трудов стаж по специалността, месторабота и длъжност):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Номер и дата на:
* договора за обучение на място, финансирано от друг източник по реда на отменената Наредба № 34 от 2006г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването **ИЛИ**;
* трудовия договор на длъжност за специализант по реда на Наредба № 1 от 2015г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването **ИЛИ**;
* договора по чл. 234 от Кодекса на труда съгласно чл. 13, ал. 2 на Наредба № 1 от 2015г. **ИЛИ**;
* заповедта на ректор на висше училище по реда на Наредба № 1 от 2015г.

(невярното се зачерква)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

начална и крайна дата на обучението за придобиване на специалност съгласно посочения договор/заповед:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Начална и крайна дата на обучение по проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването“:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Б. УЧЕБЕН ПЛАН ЗА ВРЕМЕТО НА ФИНАНСИРАНЕ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ПРОЕКТ BG05M9OP001-1.015-0001 „СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО“**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование на модула за обучение (съгласно утвърдената учебна програма) | Срок (в месеци) и период на провеждане (от - до) | Цели на обучението по съответния модул, теоретични знания и практически умения, които следва да бъдат придобити по време на модула | Колоквиум след приключване на модула (посочва се предвижда ли се колоквиум и наименованието му) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Специализант: Ръководител на специализанта:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Имена и подпис) (Имена, подпис)

Изпълнителен директор/управител на институцията, провеждаща практическото обучение:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Имена, подпис и печат)

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_