Załącznik nr 2 WZÓR

**WNIOSEK (2)**

**do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii**

Proszę o przyznanie Dyplomu Umiejętności Wykonywania Panendoskopii / Kolonoskopii\*

**I. Dane wnioskodawcy**

1. Nazwisko i imię .......................................................... PESEL................................

2. Adres: .......................................................................................................................

 telefon.................................... e-mail.................................................

3. Miejsce zatrudnienia i stanowisko..............................................................................

4. Posiadam specjalizację/Jestem w trakcie specjalizacji\* z ......................................................................

5. Data uzyskania specjalizacji ........................... /rok zakończenia modułu podstawowego\*…………..

**II. Informacje o odbytych szkoleniach**

1. Podstawowe szkolenie w panendoskopii / kolonoskopii\* odbyłem w (ośrodek, rok) .....................................................................................................................................................................

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

2. Moim nauczycielem był: ........................................................................................................................

3. Informacje o dodatkowych szkoleniach (miejsce, data, szkolący; dołączyć zaświadczenia)

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

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

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

**III. Informacje o wykonywanych procedurach endoskopowych**

1. Oświadczam, że łącznie wykonałem nie mniej niż 500 panendoskopii / kolonoskopii\*

2. Podać historię wykonywania badań endoskopowych (okresy wykonywania badań, lata przerwy)

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

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

3. Od ....... lat wykonuję średnio .... badań....................... rocznie

**IV. Informacje o wykonywanych zabiegach** **endoskopowych** (polipektomie, beamer argonowy,

 obliteracje żylaków itp) (podać rodzaj i liczby zabiegów, miejsce szkolenia i nazwisko

 nauczyciela)...........................................................................................................................................

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

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

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe i na ich potwierdzenie mogę okazać odpowiednie dokumenty.

miejscowość, data .......................................... podpis i pieczątka wnioskodawcy

\*) niepotrzebne skreślić

**Oświadczenie nauczyciela**:

Stwierdzam, że przeprowadziłem szkolenie pani/pana.................................................................. w zakresie .............................................. Szkolenie odbyło się w (ośrodek, termin)................................................

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

Oświadczam, że w wyniku szkolenia pani/pan:.................................................................................... posiadł(a) umiejętność wykonywania badań endoskopowych w zakresie...........................................

i zabiegów endoskopowych (wymienić rodzaj)......................................................................................

miejscowość i data ........................................ podpis i pieczęć nauczyciela