Załącznik nr 4 WZÓR

**WNIOSEK (4)**

**do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii**

Proszę o przyznanie Dyplomu Umiejętności Wykonywania ECPW

**I. Dane Wnioskodawcy**

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

2. Adres..........................................................................................................................

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

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

4. Posiadam specjalizację z ......................................................................

5. Data uzyskania specjalizacji ...........................

**II. Informacje o odbytych szkoleniach**

1. Podstawowe szkolenie w endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW) 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. Wykonuję badania ECPW (podać historię wykonywania badań - lata wykonywania, lata przerwy)

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

2. Rocznie wykonuję przeciętnie ........ badań

3. W roku poprzedzającym złożenie wniosku wykonałem ........ badań

4. Oświadczam, że łącznie w swojej praktyce wykonałem nie mniej niż 200 ECPW, w tym nie mniej niż

 50 zabiegów (m.in. sfinkterotomia, protezowanie)

**III. Informacje o wykonywanych zabiegach** **endoskopowych** (sfinkterotomia, protezowanie,

 rozszerzanie itp) (podać rodzaj, liczby zabiegów oraz 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

**IV. Oświadczenie nauczyciela**:

Stwierdzam, że przeprowadziłem szkolenie pani/pana .......................................... ..............................

w zakresie cholangiopankreatografii wstecznej. Szkolenie odbyło się w (ośrodek, data) ....................................................................................................................................... ........................

Oświadczam, że w wyniku szkolenia pani/pan .................................................................

posiadł umiejętność wykonywania ECPW i następujących zabiegów endoskopowych na drogach żółciowych................................................................................................................................................

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

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