

Образац 2.

Програм континуиране едукације из области
КОМПЛЕМЕНТАРНЕ МЕДИЦИНЕ

Формулар пријаве за акредитацију програма Континуиране Едукације
(одабрати врсту едукације и уклонити вишак)

СТРУЧНИ САСТАНАК
КУРС
СЕМИНАР
КОНГРЕС
СИМПОЗИЈУМ
ТЕСТ

ПРИЈАВА ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (КЕ)

Организатор континуиране едукације: (подвући)	<ul style="list-style-type: none">- Високо-школска установа- Средња школа здравствене струке- Здравствена установа- Приватна пракса- Удружење здравствене струке- Агенција за лекове и медицинска средства Србије- Агенција за акредитацију здравствених установа- Министарство здравља- Комора здравствених радника- Јавна агенција, орган и организација над којима надзор врши Министарство здравља
Назив организатора:	
Адреса организатора (улица, број, поштански број и град):	
Број телефона и контакт особа Организатора КЕ	
Е-маил адреса:	
Назив програма КЕ (КРАТАК И ЈАСАН):	
Врста КЕ: (подвући)	<ul style="list-style-type: none">- Стручни састанак- Курс- Семинар- Конгрес- Симпозијум- Тест (уколико је КЕ тест, уз овај образац обавезно приложити презентацију КЕ и питања са понуђеним одговорима)
Да ли је континуирана едукација "онлине"?	ДА НЕ Ако је Да, лоцирана је на
Да ли се програм континуиране едукације поново акредитује?	ДА НЕ

Ако је одговор на претходно питање ДА, наведите новине у Програму континуиране едукације, који се предлаже за поновну акредитацију:	1. 2. 3.
Наведите акредитациони број програма КЕ, који се предлаже за поновну акредитацију:	
Предложени датум и место првог одржавања програма КЕ:	
Сати учења током КЕ (без пауза, уводне речи, попуњавања евалуационих упитника и сл.):	_____ сати
Циљна група: (подвући)	- Лекари - Стоматолози - Фармацеути - Биохемичари - Медицинске сестре - Здравствени техничари
Који је максималан предвиђен број слушалаца КЕ?	
Наведите цену КЕ (котизација)	
Који су едукативни циљеви програма?	1. 2. 3. 4. 5.
Која знања ће стећи учесници?	1. 2. 3. 4. 5.
Које вештине ће стећи учесници?	1. 2. 3. 4. 5.
Које методе учења/обуке ће се користити?	- предавања - практичне вежбе - решавање клиничких проблема - рад у малој групи - пројекат - оријентисано учење - демонстрација клиничке вештине - дискусија - остало (навести шта):
Да ли је предвиђен едукативни материјал за полазнике? (подвући)	ДА НЕ
Ако ДА, навести који?	
Да ли је предвиђена провера знања полазника? (подвући)	ДА НЕ
Ако ДА, навести како?	

Да ли ће се извршити евалуација програма? (подвући)	ДА НЕ
Ако ДА, навести како?	
Да ли у извођењу наставе учествују наставници факултета?	ДА НЕ
Ако ДА, навести број:	
Да ли у извођењу наставе учествују страни предавачи?	ДА НЕ
Ако ДА, навести број:	
Укупан број предавача је:	
Да ли се КЕ изводи на енглеском језику?	ДА НЕ

Датум: _____

Потпис одговорног лица (директора, председника...) организатора континуиране едукације: _____

Печат установе/удружења

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

--

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ (НЕ СТАРИЈИХ ОД ПЕТ ГОДИНА) РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАН ПРЕДЛОЖЕНИ ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(сатница, теме, метод обуке и предавачи)

Сатница	Тема	Метод обуке*	Предавач

* предавање, вежбе, дискусија, рад у групи итд.

**ОДЛУКА СТРУЧНОГ ТЕЛА НАДЛЕЖНОГ ЗА РЕЦЕНЗИРАЊЕ (КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА)
ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ У ОКВИРУ УСТАНОВЕ/УДРУЖЕЊА
ПРЕДЛАГАЧА**

(а ако такво тело код организатора не постоји одобрење даје стручно тело одговарајућег
удружења здравствених радника или одговарајућег факултета)

Напомена: Овом одлуком се потврђује да је пријављени програм КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ одобрен и рецензиран од стране органа надлежног за рецензирање програма КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ у оквиру установе/удружења предлагача. Предавач/организатор КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ не може да буде рецезент свог сопственог програма КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ.

Датум: _____

Потпис председника стручног тела надлежног за рецензирање (контролу квалитета) програма КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ у оквиру установе/удружења или стручног тела одговарајућег удружења здравствених радника или одговарајућег факултета:

Печат установе/удружења

СПИСАК ЧЛАНОВА НАУЧНОГ И/ИЛИ ПРОГРАМСКОГ ОДБОРА КОНТИНУИРАНЕ
ЕДУКАЦИЈЕ КОЈИ НЕ СМЕЈУ БИТИ ПРЕДАВАЧИ ОВОГ ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ
ЕДУКАЦИЈЕ

(звање, име и презиме, институција у којој ради, земља)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

СПИСАК ПРЕДАВАЧА

(звање, име и презиме, институција у којој ради)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

БИОГРАФИЈА ПРЕДАВАЧА

Име и презиме предавача:		
Назив институције у којој предавач ради са пуним радним временом:		
Садашње звање:		
Избор у садашње звање:		
Број година радног искуства (не сме бити мањи од 5):		
Ужа научна област:		
Докторат	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Магистеријум	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	

Примаријат	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Академске специјалистичке студије	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Академске струковне студије	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Ужа специјализација	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Специјализација	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Факултет	ДА	НЕ
	Ако ДА, година:	
Репрезентативне референце у последњих десет година (навести до 5 референци)	1. 2. 3. 4. 5.	
Укупан број радова са СЦИ (или ССЦИ) листе:		
Тренутно учешће на научним пројектима:	1. 2. 3.	
Усавршавања (до 150 речи):		
Други подаци које сматрате релевантним (до 100 речи)		

Датум: _____

Потпис предавача: _____

(назив организатора)

(седиште организатора)

ПОТВРДА

ПОТВРЂУЈЕ СЕ да је одговорно лице за спровођење програма континуиране едукације, упознато учеснике програма континуиране едукације, да су дужни да поштују Закон о ауторском и сродним правима ("Службени гласник РС", бр. 104/09 и 99/11).

У _____, дана _____, _____ године.

Потпис одговорног лица (директора, председника...) организатора програма континуиране едукације:

М. П.