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, начална и крайна дата на обучението съгласно договора за обучение:

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

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

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

**Б. УЧЕБЕН ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_