**IMIĘ I NAZWISKO**

UWAGA!

Na żółto podkreślone są te dokumenty, które sprawdzane są także w wydziałach zdrowia urzędów wojewódzkich

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DOKUMENT** | **JEST** | **UWAGI** |
|  | Zgłoszenie do egzaminu ustnego wypełnione w WORDZIE (formularz do pobrania ze strony PTU) Należy użyć następującej nazwy dokumentu: Nazwisko\_Imię\_Oral Exam 2024 Zgłoszenie |  | W wersji edytowalnej do 31 stycznia. Potem w pdf z podpisem kandydata i kierownika specjalizacji. Email: [biuro@ptu.net.pl](mailto:biuro@ptu.net.pl) |
|  | Kolorowe zdjęcie jak do dowodu osobistego, przesłane drogą elektroniczną do [biuro@ptu.net.pl](mailto:biuro@ptu.net.pl) Nazwisko\_Imię\_Oral Exam 2024 Photo |  | Zapisane w formacie jpg, tif lub pdf. Termin do 28 lutego |
|  | Skan dowodu osobistego (obie strony dokumentu) przesłany drogą elektroniczną do [biuro@ptu.net.pl](mailto:biuro@ptu.net.pl) Nazwisko\_Imię\_Oral Exam 2024 ID |  | Szablony Statement, Logbook i CV są corocznie przesyłane przez EBU do Biura PTU. Biuro PTU bezzwłocznie przesyła je kandydatom do egzaminu ustnego. Termin odesłania do Biura PTU wypełnionych dokumentów – 28 lutego |
|  | Skan Logbook EBU (szablon od Biura PTU) przesłany drogą elektroniczną do [biuro@ptu.net.pl](mailto:biuro@ptu.net.pl) . Nazwisko\_Imię\_Oral Exam 2024 Logbook |  |
|  | Skan *Statement* (szablon od Biura PTU) przesłany drogą elektroniczną do [biuro@ptu.net.pl](mailto:biuro@ptu.net.pl), Nazwisko\_Imię\_Oral Exam 2024 Statement |  |
|  | Curriculum Vitae (CV) (szablon od Biura PTU) przesłane drogą elektroniczną do [biuro@ptu.net.pl](mailto:biuro@ptu.net.pl) Nazwisko\_Imię\_Oral Exam 2024 CV |  |
|  | Dokument świadczący o przystąpieniu do kursu EAU w ramach EUREP |  | Termin do 28 lutego |
|  | Skan certyfikatu EBU Written Exam |  | Termin do 28 lutego |
|  | Członkostwo kandydata w Sekcji Adeptów Urologii PTU |  | Potwierdza je przed Komisją specjalista ds. egzaminów urologicznych |
|  | Potwierdzenie, że kandydat opłacił składki członkowskie SAU PTU |  | Składki obowiązują od początku specjalizacji |
|  | Certyfikaty uczestnictwa w co najmniej trzech kongresach naukowych PTU |  | Biuro PTU sprawdza udział w sesjach skanowanych |
|  | Zaświadczenie o uczestniczeniu w posiedzeniach  i życiu naukowym Oddziału |  | Wystawia przewodniczący regionalnego Oddziału PTU. Termin do 28 lutego |
|  | Wygenerowany w systemie SMK *Wniosek o potwierdzenie zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji* |  |  |
|  | Kopia dyplomu z tytułem specjalisty  w dziedzinie chirurgii ogólnej lub dziecięcej |  | Oczywiście, dołącza ją kandydat posiadający tytuł specjalisty |
|  | Zaświadczenie o posiadanym stopniu i tytule naukowym (kserokopia) |  | Oczywiście, dołącza ją kandydat posiadający tytuł naukowy |
|  | Wykaz publikacji zaakceptowany przez kierownika specjalizacji |  | Dotyczy osób ze stopniami naukowymi |
|  | Opinia zawodowa sporządzona i podpisana przez kierownika specjalizacji |  |  |
|  | Harmonogram odbywania specjalizacji podpisany przez kierownika specjalizacji |  | Z podziałem na poszczególne lata specjalizacji (wzór na stronie PTU) |
|  | Karta Specjalizacyjna podpisana przez kierownika specjalizacji |  |  |
|  | Kopie zaświadczeń o odbyciu kursów specjalizacyjnych (wykaz obowiązujących kursów zawiera metryczka II) |  | Kopie potwierdza kierownik specjalizacji |
|  | Zaświadczenie o złożeniu kolokwiów (wykaz obowiązujących kolokwiów poniżej) |  | Dołączone tylko wtedy, gdy brak wszystkich wpisów w karcie specjalizacji lub w harmonogramie |
|  | Zaświadczenie o odbyciu przez Kandydata zakładowych dyżurów lekarskich |  | Gdy brak odpowiednich wpisów w karcie specjalizacji |
|  | Kopia publikacji lub kopia pracy poglądowej wraz z **oceną** tej pracy dokonaną przez kierownika specjalizacji |  | Plus oświadczenie 1. Autora, gdy nie jest się pierwszym lub jedynym autorem |
|  | Kopia świadectwa pracy z ostatnio zatrudniającej jednostki |  | Dotyczy kandydatów odbywających specjalizację w trybie rezydentury |
|  | Indeks zabiegów i procedur medycznych |  | Wg wzorca dołączonego do karty specjalizacji.WExcelulub pdf. |
| DOKUMENTY NALEŻY ZAPISYWAĆ W PDF I PRZESYŁAĆ EMAILEM W ZAŁĄCZNIKACH | | | |
| **Kandydaci dokumentujący szkolenie w SMK zobowiązani są podać login i hasło specjaliście ds. egzaminów urologicznych w celu zweryfikowania realizacji programu specjalizacji.** | | | |
| **KOLOKWIA ZDAWANE U KIEROWNIKA SPECJALIZACJI** | | | |
| 1 | Urologia ginekologiczna |  |  |
| 2 | Kamica moczowa |  |  |
| 3 | Nowotwory górnych dróg moczowych i pęcherza moczowego |  |  |
| 4 | Nowotwory nerki |  |  |
| 5 | Rak stercza |  |  |
| 6 | Łagodny rozrost stercza |  |  |
| 7 | Choroby zewnętrznych narządów płciowych męskich |  |  |
| 8 | Diagnostyka urodynamiczna i neurourologia |  |  |
| 9 | Zakażenia i zapalenia narządów układu moczowego  i męskich narządów płciowych |  |  |
| 10 | Rozpoznawanie i leczenie powikłań po operacjach urologicznych z użyciem jelita |  |  |
| 11 | Zabiegi laparoskopowe w urologii |  |  |
| 12 | Niepłodność męska i zaburzenia wzwodu prącia |  |  |
| 13 | Endourologia w pełnym zakresie |  |  |

**Proszę pamiętać, że dwutygodniowy staż w urologicznym ośrodku klinicznym zdawany jest poza jednostką szkolącą.**