**Приложение към т. 1 от** **Заповед №**

**До**

**МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ОДОБРЕНИЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА, ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА И ФАРМАЦИЯ, КЛИНИЧНО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ПО СПЕЦИАЛНОСТИ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“ И/ИЛИ СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

от .......................................................................................................................................................

*(трите имена)*

в качеството си на ...........................................................................................................................

(*ръководител на лечебното заведение, представител по пълномощие*)

на .......................................................................................................................................................

(*наименование на лечебното заведение*)

адрес на управление: гр./с. .............................................. район ................................................... ж.к./ул. .................................................................................. № ...... тел.: ...................................... ЕИК: ............................................. електронна поща: ....................................................................

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН МИНИСТЪР**,

Моля да одобрите по реда на чл. 91 от Закона за лечебните заведения: ...........................................................................................................................................................

 (*наименование на лечебното заведение*)

за извършване на следните дейности:

**1. клинично обучение на студенти по:**

[ ] медицина

[ ] дентална медицина

[ ] фармация

**2. клинично обучение на студенти от професионално направление „Здравни грижи“ по следните специалности:**

[ ] медицинска сестра

[ ] акушерка

[ ] лекарски асистент

[ ] медицински лаборант

[ ] рентгенов лаборант

[ ] рехабилитатор

[ ] инспектор по обществено здраве

[ ] помощник-фармацевт

[ ] зъботехник

[ ] масажист (с увредено зрение)

**3. следдипломно обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването:**

|  |  |
| --- | --- |
| **специалност в системата на здравеопазването** | **проверката на съответствието да се извърши в следната медицинска структура** |
| *за лица с професионална квалификация „лекар“* |
| [ ] Акушерство и гинекология |  |
| [ ] Ангиология |  |
| [ ] Анестезиология и интензивно лечение |  |
| [ ] Вътрешни болести |  |
| [ ] Гастроентерология |  |
| [ ] Гериатрична медицина |  |
| [ ] Гръдна хирургия |  |
| [ ] Детска гастроентерология |  |
| [ ] Детска ендокринология и болести на обмяната |  |
| [ ] Детска кардиология |  |
| [ ] Детска клинична хематология и онкология |  |
| [ ] Детска неврология |  |
| [ ] Детска нефрология и хемодиализа |  |
| [ ] Детска пневмология и фтизиатрия |  |
| [ ] Детска психиатрия |  |
| [ ] Детска ревматология |  |
| [ ] Детска хирургия |  |
| [ ] Ендокринология и болести на обмяната |  |
| [ ] Инфекциозни болести |  |
| [ ] Кардиология |  |
| [ ] Кардиохирургия |  |
| [ ] Клинична алергология |  |
| [ ] Клинична вирусология |  |
| [ ] Клинична имунология |  |
| [ ] Клинична лаборатория |  |
| [ ] Клинична микробиология |  |
| [ ] Клинична токсикология |  |
| [ ] Клинична фармакология и терапия |  |
| [ ] Клинична хематология |  |
| [ ] Кожни и венерически болести |  |
| [ ] Лицево-челюстна хирургия |  |
| [ ] Лъчелечение |  |
| [ ] Медицинска генетика |  |
| [ ] Медицинска онкология |  |
| [ ] Медицинска паразитология |  |
| [ ] Неврохирургия |  |
| [ ] Неонатология |  |
| [ ] Нервни болести |  |
| [ ] Нефрология |  |
| [ ] Нуклеарна медицина |  |
| [ ] Образна диагностика |  |
| [ ] Обща и клинична патология |  |
| [ ] Обща медицина |  |
| [ ] Ортопедия и травматология |  |
| [ ] Очни болести |  |
| [ ] Педиатрия |  |
| [ ] Пластично-възстановителна и естетична хирургия |  |
| [ ] Пневмология и фтизиатрия |  |
| [ ] Професионални болести |  |
| [ ] Психиатрия |  |
| [ ] Ревматология |  |
| [ ] Спешна медицина |  |
| [ ] Спортна медицина |  |
| [ ] Съдебна медицина и деонтология |  |
| [ ] Съдебна психиатрия |  |
| [ ] Съдова хирургия |  |
| [ ] Трансфузионна хематология |  |
| [ ] Урология |  |
| [ ] Ушно-носно-гърлени болести |  |
| [ ] Физикална и рехабилитационна медицина |  |
| [ ] Хирургия |  |
| *за лица с професионална квалификация „лекар по дентална медицина“* |
| [ ] Биохимия |  |
| [ ] Дентална имплантология |  |
| [ ] Дентална клинична алергология |  |
| [ ] Детска дентална медицина |  |
| [ ] Дентална образна диагностика |  |
| [ ] Обща дентална медицина |  |
| [ ] Оперативно зъболечение и ендодонтия |  |
| [ ] Орална хирургия |  |
| [ ] Ортодонтия |  |
| [ ] Пародонтология и заболявания на оралната лигавица |  |
| [ ] Протетична дентална медицина |  |
| [ ] Социална медицина и обществено дентално здраве |  |
| *за лица, притежаващи едновременно професионална квалификация „лекар“ и професионална квалификация „лекар по дентална медицина“* |
| [ ] Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия |  |
| *за лица с професионална квалификация „магистър-фармацевт“* |
| [ ] Клинична фармация |  |
| [ ] Клинична химия |  |
| *за лица с професионална квалификация по медицинска професия от професионално направление „Здравни грижи“* |
| [ ] Анестезиология и интензивни грижи (за медицински сестри и акушерки) |  |
| [ ] Апаратно поддържане на извънтелесно кръвообращение (за медицински сестри и фелдшери) |  |
| [ ] Консултант по проблемите на майчинството и развитието на новороденото (за медицински сестри и акушерки) |  |
| [ ] Операционна и превързочна техника (за медицински сестри и акушерки) |  |
| [ ] Педиатрични здравни грижи (за медицински сестри и фелдшери) |  |
| [ ] Психиатрични здравни грижи (за медицински сестри и фелдшери) |  |
| [ ] Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания (за медицински сестри и фелдшери) |  |
| [ ] Специфични грижи за трансплантирани пациенти (за медицински сестри) |  |
| [ ] Спешна медицинска помощ (за медицински сестри, фелдшери и акушерки) |  |
| *за лица с висше немедицинско образование* |
| [ ] Клинична психология (за психолози) |  |
| [ ] Клинична химия (за лица с квалификация в областта на биологическите и химическите науки и биотехнологиите) |  |
| [ ] Лабораторна вирусология (за лица с квалификация в областта на биологическите науки и биотехнологиите) |  |
| [ ] Лабораторна имунология (за биолози, биохимици, молекулярни биолози, биотехнолози) |  |
| [ ] Лабораторна микробиология (за лица с квалификация в областта на биологическите науки и биотехнологиите) |  |
| [ ] Медицинска радиологична физика (за лица с квалификация в областта на физическите и инженерните науки) |  |

Приложения:

1. Обосновка за съответствието на лечебното заведение с критериите и условията по Наредба № 8 от 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, съгласно приложение № .............................................. от наредбата, включително на електронен носител.

2. Документ за платена държавна такса.

Заявявам, че желая да получа издадения индивидуален административен акт:

[ ] чрез лицензиран пощенски оператор на адрес:

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

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешна пратка, а за международна пратка – след предплащане на цената за пощенските услуги към министерство на здравеопазването, както и че съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

[ ] като вътрешна препоръчана пощенска пратка;

[ ] като вътрешна куриерска пратка;

[ ] като международна препоръчана пощенска пратка;

[ ] лично в Министерство на здравеопазването;

[ ] по електронен път на електронен адрес: ...........................................................................

Дата: .................................. ПОДПИС: ..................................