Προς

Το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Ιατρικής

**Αίτηση Έγκρισης Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος Εξειδίκευσης (fellowship)**

1. Προσωπικά Στοιχεία

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου Μέλος ΔΕΠ: |
| Όνομα Πατρός: |
| Διεύθυνση Κατοικίας: |
| Ταχ. Κώδικας: |
| E-mail: |
| Αρ. Αστ. Ταυτ: Εκδ. Αρχή: |
| Ημερομηνία Γέννησης: |

**Αντικείμενο Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος Εξειδίκευσης**

1. Γνωστικό Πεδίο

|  |
| --- |
|  |

1. Τεκμηρίωση διεθνούς αναγνώρισης του γνωστικού πεδίου σε αντίστοιχα προγράμματα εξειδίκευσης (fellowship) σε Πανεπιστήμια ή Επιστημονικές Εταιρείες:

|  |
| --- |
|  |

*Σκοπός, Δομή και περιεχόμενο του Προγράμματος Εξειδίκευσης*

1. Γενική Περιγραφή

|  |
| --- |
|  |

1. Αναλυτικό Πρόγραμμα (curriculum) που περιλαμβάνει λεπτομερή αναφορά σε κλινικές, εργαστηριακές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες και αντίστοιχους μαθησιακούς στόχους:

|  |
| --- |
|  |

1. Διάρκεια Προγράμματος

|  |
| --- |
|  |

1. Ημερολόγιο καταγραφής των συμβάντων, επίτευξη μαθησιακών στόχων (logbook)

|  |
| --- |
|  |

1. Κλινικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές αρμοδιότητες/υποχρεώσεις του Ακαδημαϊκού Βοηθού (fellow) και ενδεικτικός χρόνος που θα καλείται να αφιερώνει αναλογικά στην καθεμία (job description)

|  |
| --- |
|  |

1. Διαδικασία Αξιολόγησης

Περιγραφή των διαδικασιών αξιολόγησης:

1. Του εκπαιδευομένου από τον εκπαιδευτή

|  |
| --- |
|  |

1. Του εκπαιδευτικού Προγράμματος από τον εκπαιδευόμενο

|  |
| --- |
|  |

1. Του εκπαιδευτικού Προγράμματος από το Πανεπιστήμιο

|  |
| --- |
|  |