



Podręcznik użytkownika Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)

Wnioskowanie o PES w trakcie specjalizacji, Karta papierowa

Rola:

- Lekarz
- Lekarz dentysta

Centrum e-Zdrowia | Warszawa 12.07.2022



Logowanie do systemu

Adres strony > <https://smk.ezdrowie.gov.pl>

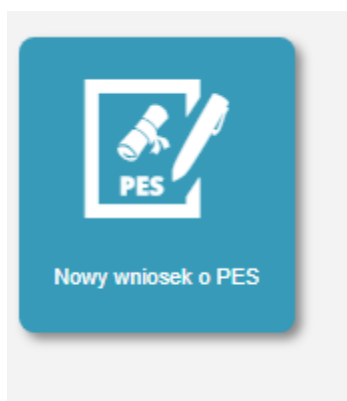
Odpowiednia rola w systemie dla użytkownika

Uwaga brak roli > wniosek o rolę zgodnie z instrukcją na stronie



Przejdź do listy wniosków o egzamin specjalizacyjny

Ikona > **‘Wnioski o egzamin specjalizacyjny’**



Utwórz nowy wniosek o PES

Ikona > **‘Nowy wniosek o PES’**

Uzupełnij formularz

☒ Lekarz w trakcie specjalizacji

‘Lekarz w trakcie specjalizacji’

Zaznacz checkbox > ‘Lekarz w trakcie specjalizacji’

Sesja egzaminacyjna

JESIEN 2020

‘Sesja egzaminacyjna’

Wybierz z listy rozwijanej > ‘Sesja egzaminacyjna’

Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej

Data wydania PWZ



Sekcja ‘Wnioskujący’

Uzupełnij > ‘Nr rejestracyjny w Izbie Lekarskiej’

Uzupełnij lub wybierz z kalendarza > ‘Data wydania PWZ’

Jednostka szkoląca

Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej

Województwo

<Wybierz>

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Nr domu

Nr lokalu

Telefon

Adres email

Wybierz

☐ Nie dotyczy

Sekcja ‘Jednostka szkoląca’

Wybierz jednostkę > ‘Wybierz’

Jeśli nie dotyczy > Zaznacz checkbox > ‘Nie dotyczy’

Uczelnia

Rodzaj uczelni

Wydział

Nazwa ukończonej uczelni

Adres ukończonej uczelni

Nazwa i wydział uczelni medycznej lub uczelni nostryfikującej dyplom

Numer dyplomu

Data wydania dyplomu

☐ Nie dotyczy

Sekcja 'Uczelnia'

Wybierz z listy rozwijanej > **'Rodzaj Uczelni'**

Uzupełnij > Odblokowane pola

Wybierz uczelnię > **'Wybierz'**

Jeśli nie dotyczy > Zaznacz checkbox > **'Nie dotyczy'**

Nr papierowej karty specjalizacji

- **'Nr papierowej karty specjalizacji'**

Uzupełnij pole > **'Nr papierowej karty specjalizacji'**



☐ Oświadczam, że uzyskałem zgodę kierownika specjalizacji na przystąpienie do PES w trakcie specjalizacji

Data zgody 

Dziedzina medycyny specjalizacji, której dotyczy zgoda 

Załącznik 

Potwierdzenie zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego

☐ Oświadczam, że uzyskałem potwierdzenie zrealizowania szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem specjalizacji. Potwierdzenie nie jest dostępne w systemie SMK.

Imię i nazwisko kierownika specjalizacji

Imię kierownika specjalizacji w dopełniaczu

Nazwisko kierownika specjalizacji w dopełniaczu

Stopień lub tytuł naukowy kierownika specjalizacji

Dane dotyczące specjalizacji

Zaznacz checkbox > **‘Oświadczam, że uzyskałem zgodę kierownika specjalizacji na przystąpienie do PES w trakcie specjalizacji’**

Uzupełnij lub wybierz z kalendarza > **‘Data zgody’**

Dodaj załącznik > **‘Wybierz’**

Wybierz **‘Dziedzinę medycyny specjalizacji, której dotyczy zgoda’** > **‘Wybierz’**

Uzupełnij pole > **‘Imię i nazwisko kierownika specjalizacji’**

Uzupełnij pole > **‘Imię kierownika specjalizacji w dopełniaczu’**

Uzupełnij pole > **‘Nazwisko kierownika specjalizacji w dopełniaczu’**

Wnioskowana część egzaminu

!

Dziedzina medycyny



!



- **‘Wnioskowana część egzaminu’** i **‘Dziedzina medycyny’**

Wybierz z listy > **‘Wnioskowana część egzaminu’**

Wybierz **‘Dziedzinę medycyny’** > **‘Wybierz’**

Zapis wniosku

Użyj akcji > **'Zapisz'**

Potwierdzenie

Poprawnie wykonano akcję Zapisz. W celu złożenia wniosku należy wykonać akcję Wyślij.

Dalej

Potwierdzenie zapisu

Użyj akcji > **'Dalej'**

Anuluj **Edytuj** **Wyślij** **Usuń** **Drukuj**

Wysyłka wniosku

U dołu szczegółów wniosku > Użyj akcji > **'Wyślij'**

