*Załącznik 1 do Regulaminu przyznawania „Tytułu Wakcynologa” przez Polskie Towarzystwo Wakcynologii*

****

**Wniosek o przyznanie „Tytułu Wakcynologa” Polskiego Towarzystwa Wakcynologii**

1/ Dane wnioskodawcy:

(imię nazwisko/ adres, tel:, e-mail)

………………………………………………………………………………………………….

2/ Warunki przyznania „Tytułu Wakcynologa” (należy uzupełnić tabelę):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zadeklarowane umiejętności i działania w obszarze wakcynologii** | **Należy zaznaczyć tak/nie/nie dotyczy**  | **Uwagi** |
| Co najmniej dwuletnie członkostwo w PTW i w pełni opłacone składki członkowskie  |  |  |
| Udział w konferencji PTW lub warsztatach PTW w ciągu ostatnich 2 lat poprzedzających złożenie wniosku, poświadczony certyfikatem. |  |  |
| Ukończenie kursu doskonalącego dotyczącego szczepień PTW w ciągu ostatnich 2 lat poprzedzających złożenie wniosku, poświadczony certyfikatem lub udział w kursie jako wykładowca, w ciągu ostatnich 2 lat poprzedzających złożenie wniosku. |  |  |
| Posiadanie aktualnego prawa wykonywania zawodu lekarza/farmaceuty/pielęgniarki/pielęgniarza (należy podać numer). |  |  |
| Dotyczy tytułu: lekarza wakcynologa/farmaceuty wakcynologa/pielęgniarki wakcynologa/pielęgniarza wakcynologa/wakcynologa (wybrać właściwe) |  |  |
| Praca w zarejestrowanym punkcie szczepień (poradnia lekarza rodzinnego, inne poradnie szczepień, w przypadku farmaceuty: apteka) |  |  |
| Działalność edukacyjna |  |  |
| Działalność naukowa udokumentowana publikacjami |  |  |
| Działalność popularyzacyjna w obszarze szczepień ochronnych (publikacje, treści internetowe, filmy) |  |  |

Dane odbiorcy:

Polskie Towarzystwo Wakcynologii

3/ Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody[[1]](#footnote-1) na zamieszczenie moich danych osobowych
w Ewidencji wydanych „Tytułów Wakcynologa” oraz ich udostępnianie poprzez publikację na stronie internetowej PTW.

4/ Wniosek należy wysłać na adres: listy@ptwakc.org.pl

………………. ………………………..

Data i miejsce Podpis wnioskodawcy

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)