

PODRĘCZNIK UŻYTKOWNIKA SYSTEMU MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH



WNIOSKOWANIE O AKREDYTACJĘ DO PROWADZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO



Spis treści

1. LOGOWANIE DO SYSTEMU	3
1.1. Logowanie do aplikacji	3
2. WNIOSKOWANIE O ROLĘ W SYSTEMIE	4
3. WNIOSKOWANIE O AKREDYTACJĘ DO PROWADZENIA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO.....	9
3.1. Wnioskowanie o akredytację.....	9
3.1.1. Nowy wniosek o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego	9



1. Logowanie do systemu

1.1. Logowanie do aplikacji

Zalogowanie się do aplikacji SMK jest możliwe po uruchomieniu przeglądarki internetowej i wpisaniu w pasku adresu <https://smk.ezdrowie.gov.pl>.

Po poprawnym zalogowaniu się do systemu, użytkownik zostanie poproszony o wybór roli w jakiej chce występować w systemie, a w przypadku nieposiadania żadnych uprawnień do ról, użytkownik zostanie przeniesiony na stronę startową w „Roli Zerowej”. Aby móc wnioskować o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego użytkownik zobligowany jest zalogować się do systemu w roli „Użytkownik” lub „Kierownik”, Wnioskowanie o rolę w systemie zostało opisane w Rozdziale 2.

2. Wnioskowanie o role w systemie

2.1. Wnioskowanie o rolę w systemie

Po kliknięciu ikony **Nowy wniosek o modyfikację uprawnień**, aplikacja przenosi użytkownika do ekranu formularza, który składa się z pięciu części:

1. Dane osobowe,
2. Adres,
3. Adres korespondencyjny,
4. Kontakt,
5. Informacje dodatkowe

Należy wypełnić pola widniejące na formularzu. System część pól (dane teleadresowe) pobierze z Profilu Użytkownika, bez możliwości ich edycji. W przypadku niezgodności danych należy dokonać w pierwszej kolejności zmian w profilu, a następnie utworzyć nowy dokument.

Dla użytkowników będących Pracownikami Administracyjnymi w części formularza „Informacja dodatkowa” powinni wybrać:

- Grupę biznesową „Placówka Szkoleniowa”
- Grupę funkcjonalną ‘Użytkownik’.
- Jednostkę akceptującą wniosek – w tym wypadku Administrator lokalny Placówki szkoleniowej.

Dla użytkowników będących Kierownikami Jednostek w części formularza „Informacja dodatkowa” powinni wybrać:

- Grupę biznesową „Placówka Szkoleniowa”
- Grupę funkcjonalną ‘Kierownik’.
- Jednostkę akceptującą wniosek – w tym wypadku Administrator lokalny Placówki szkoleniowej.

Dla użytkowników będących Administratorami lokalnymi w części formularza „Dodatkowe informacje” powinni wybrać:



- Grupę biznesową „Placówka Szkoleniowa”
- Grupę funkcjonalną ‘Administrator’.

Wnioskowana rola i jednostka akceptująca (CSIOZ) zostanie automatycznie uzupełniona

Uwaga w przypadku wnioskowania o rolę administratora lokalnego placówki szkoleniowej osoba wnioskująca zobowiązana jest dostać do CSIOZ niezależną ścieżką „Wniosek o nadanie i odebranie uprawnień administratora” w SMK znajdujący się w pomocy <https://www.csioz.gov.pl/projekty/nasze-systemy/project/system-monitorowania-ksztalcenia-pracownikow-medycznych/>

Polami obowiązkowymi roli są:

- Grupa biznesowa,
- Grupa funkcjonalna,
- Podmiot, do którego przynależy wnioskujący.

W celu wybrania jednostki akceptującej wniosek należy użyć funkcji „Wybierz” w polu **Podmiot**. Po jego wybraniu, aplikacja przekierowuje użytkownika do listy profili podmiotów. W celu szybkiego wyszukania jednostki użytkownik może skorzystać z funkcji „filtrowanie”. Możliwe wyszukanie jednostki po:

- Typ jednostki,
- Pełna nazwa podmiotu,
- Nazwa skrócona podmiotu,
- Miasto,
- Województwo,
- NIP.

Po znalezieniu na liście właściwej jednostki, należy kliknąć przycisk **rozwiń** w kolumnie Akcje w wierszu tej jednostki, a następnie przycisk **Wybierz**. System powróci następnie do aktualnie wypełnianego wniosku.

Uwaga w przypadku nieodnalezienia na liście podmiotów właściwej jednostki, w której wnioskujący pełnił będzie rolę administratora lokalnego należy zaznaczyć checkbox „Nowy podmiot” i uzupełnić informacje znajdujące się w formularzu.



CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA

ul. Stanisława Dubois 5A • 00-184 Warszawa, Polska
tel.: +48 22 597-09-27 • fax: +48 22 597-09-37
biuro@csioz.gov.pl • www.csioz.gov.pl
Skrytka ESP: /csiozgovpl/skrytka

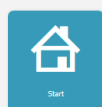
Czas do końca sesji: 29:48

Zalogowany jako: Konrad Sulej (Użytkownik bez uprawnień/rola zerowa) Wyloguj



System Monitorowania Kształcenia

Kontrast A+ A- A Ccionka Pomoc



Wniosek o modyfikację uprawnień

Dane osobowe

Imię	Drugie imię	Imię w dopelniaczu	Obywatelstwo <div><div></div><div>Polska</div></div>
Konrad		Konrada	
Nazwisko	Nazwisko rodowe	Nazwisko w dopelniaczu	
Sulej		Suleja	
Miejsce urodzenia	Kraj urodzenia	Data urodzenia	
Warszawa	Polska	1980-11-10	
Płeć	PESEL	Kraj wydania	
mięczyzna	12312312312		
Rodzaj dokumentu	Nr dokumentu		

Adres

Miejscowość	Ulica	Kod pocztowy
Warszawa	Brzydką	00-001
Nr domu	Nr lokalu	Województwo
1		Mazowieckie

Adres korespondencyjny

Miejscowość	Ulica	Kod pocztowy
Warszawa	Brzydką	00-001
Nr domu	Nr lokalu	Województwo
1		Mazowieckie

Kontakt

Telefon	Adres email
111222333	k.sulej@csioz.gov.pl

Informacje dodatkowe

Grupa biznesowa	Grupa funkcjonalna
Wniosekowana rola	

Jednostka akceptująca wniosek

OIP/NIP

☐ ☐

OIL/NIL

☐ ☐

OIA/NIA

☐ ☐

Nazwa

Wybierz

Podmiot

Wybierz

☐ Nowy podmiot

Anuluj Dalej

Version 1.6.0, sin rev. 998

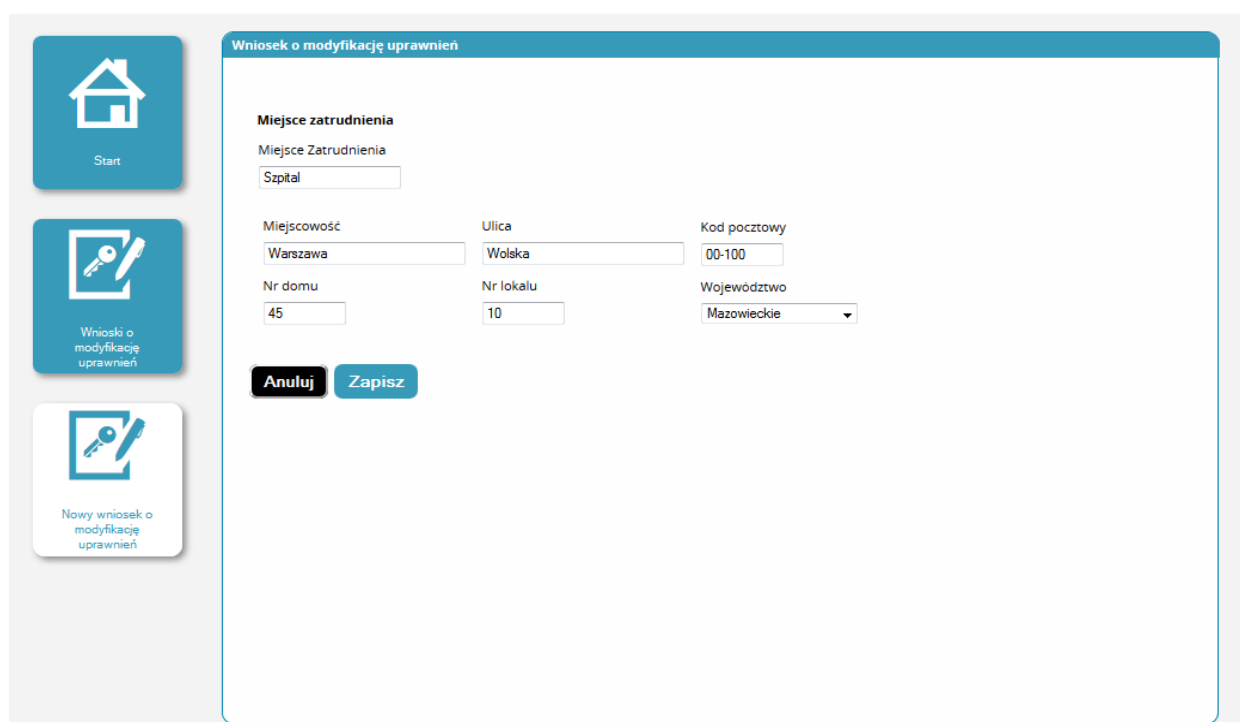


Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka
"Dotacje na innowacje - inwestujemy w Waszą przyszłość"

Rysunek 1. Wniosek o modyfikację uprawnień

Po wypełnieniu pierwszej strony użytkownik powinien użyć funkcji „dalej” umożliwiającej dalsze wypełnienie wniosku.

Kolejna strona kwestionariusza spersonalizowana jest do odpowiedniej grupy biznesowej w tym przypadku konieczne jest wypełnienie sekcji **Miejsce zatrudnienia**



The screenshot shows a web application interface for modifying permissions. On the left is a sidebar with three icons: a house labeled 'Start', a key and pencil labeled 'Wnioski o modyfikację uprawnień', and another key and pencil labeled 'Nowy wniosek o modyfikację uprawnień'. The main area is titled 'Wniosek o modyfikację uprawnień' and contains a section 'Miejsce zatrudnienia'. Below this title is a label 'Miejsce Zatrudnienia' and a text input field containing 'Szpital'. Further down are three columns of input fields: 'Miejscowość' (Warszawa), 'Ulica' (Wolska), and 'Kod pocztowy' (00-100). Below these are 'Nr domu' (45), 'Nr lokalu' (10), and 'Województwo' (Mazowieckie, shown as a dropdown menu). At the bottom of the form are two buttons: 'Anuluj' (black) and 'Zapisz' (blue).

Rysunek 2. Wniosek o modyfikację uprawnień - kolejny etap wypełniania wniosku

Podczas wypełniania wniosku użytkownik ma możliwość:

- Anulowania wprowadzania wniosku, przy pomocy funkcji **Anuluj** – rezygnacja z tworzenia wniosku.
- Zapisania wniosku za pomocą funkcji **Zapisz**. Jeżeli na formularzu pozycje obowiązkowe pozostały puste, wyświetli się komunikat o konieczności ich uzupełnienia.



Wniosek o modyfikację uprawnień

Miejsce zatrudnienia

Miejsce Zatrudnienia
K&E

Miejscowość
Warszawa

Ulica
Długa

Kod pocztowy
00-001

Nr domu
15

Nr lokalu

Województwo
Mazowieckie

Powrót Anuluj Podpisz podpisem EPUAP i wyślij Podpisz podpisem kwalifikowanym i wyślij Edytuj
Drukuj Złóż wniosek papierowy

Rysunek 3. Wniosek o modyfikację uprawnień – wysyłanie wniosku

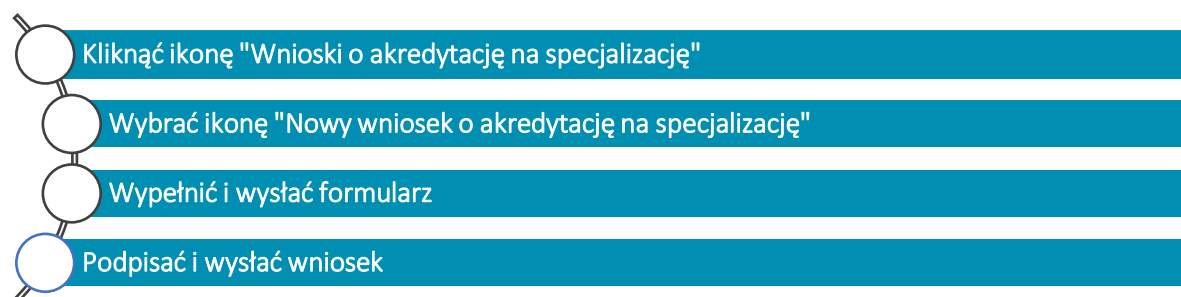
Po zapisaniu wniosku wyświetla się komunikat informujący o zakończeniu akcji powodzeniem. Po jego zatwierdzeniu użytkownik przechodzi do trybu podglądu wniosku, gdzie ma możliwość:

- Wydrukowania wniosku przy pomocy funkcji **Drukuj** dostępnego w poglądzie formularza,
- Wysłania wniosku z podpisem kwalifikowanym lub ePUAP.
- Przesłania wniosku do administratora za pomocą funkcji „złóż wniosek papierowy” a następnie udanie się z wydrukowanym wnioskiem do odpowiedniej instytucji celem weryfikacji osoby składającej wniosek.

3. Wnioskowanie o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

3.1. Wnioskowanie o akredytację

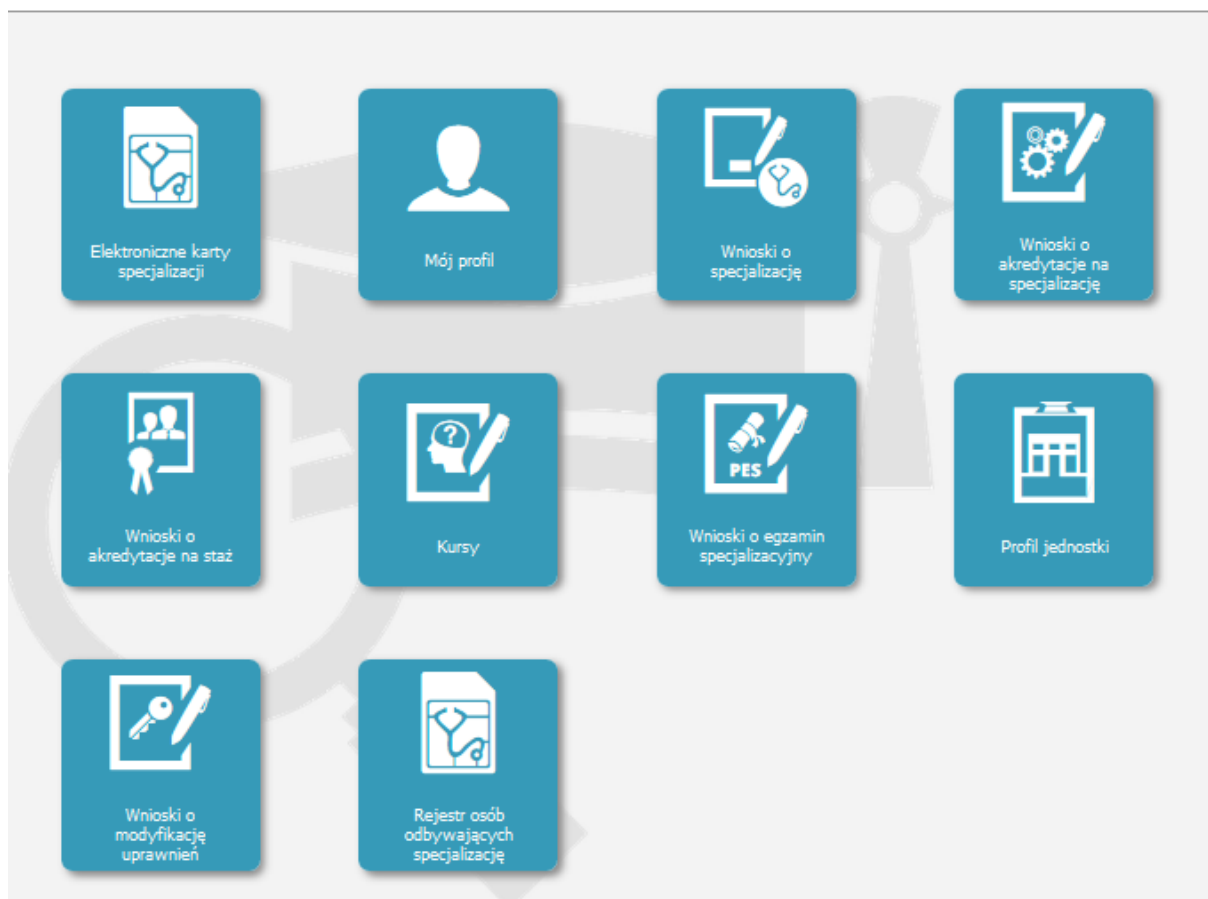
System zapewnia użytkownikom możliwość złożenia wniosku o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. W celu złożenia wniosku należy postąpić zgodnie z następującymi krokami:



Rysunek 4. Kroki procesu wnioskowania o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

3.1.1. Nowy wniosek o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego

W celu złożenia wniosku o akredytację na specjalizację, należy w Menu Głównym kliknąć ikonę **Wnioski o akredytację na specjalizację**. Akcja przeniesie użytkownika do ekranu **Lista wniosków o akredytację na specjalizację**, a następnie użytkownik zobligowany jest wybrać ikonę **Nowy wniosek o akredytację na specjalizację**.



Rysunek 5. Menu główne roli „Użytkownik” i „Kierownik” placówki szkoleniowej

2.1.1.1 Nowy wniosek o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Kliknięcie ikony **Nowy wniosek o akredytację na specjalizację** spowoduje przejście do ekranu, na którym zostanie wyświetlony wniosek do uzupełnienia.

Użytkownik zobligowany jest do wypełnienia pól formularza:

1. Typ Wniosku, w którym użytkownik określa jaki jest jego rodzaj:
 - a. Nowy wpis
 - b. Przedłużenie akredytacji
 - c. Zmiana formy prawnej
 - d. Zwiększenie liczby miejsc



- e. Reorganizacja
2. Wybrać grupę zawodową której, tyczy się składany wniosek,
 - a. Lekarze
 - b. Lekarze dentyści
 - c. Farmaceuci
 - d. Diagnosty laboratoryjni
 - e. Inni w ochronie zdrowia
3. Wybrać dziedzinę medycyny, której dotyczyć będzie wniosek,
4. Wpisać liczbę miejsc akredytacyjnych o jakie ubiegać się będzie Placówka Szkoleniowa,
5. Wpisać liczbę kadry kształcącej komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne
6. Podać dane kierowników specjalizacji
 - a. Imię
 - b. Drugie imię
 - c. Nazwisko
 - d. Tytuł naukowy
 - e. Tytuł zawodowy
 - f. Nazwa dziedziny specjalizacji i uzyskany stopień
 - g. Numer Prawa wykonywania Zawodu
 - h. Stopień wojskowy

Uwaga: Jeden kierownik szkolenia specjalizacyjnego w jednym czasie może być opiekunem maksymalnie trzech specjalizantów. Tym samym podczas wypełniania wniosku użytkownik zobowiązany jest do dodania odpowiedniej liczby kierowników specjalizacji poprzez funkcję „Dodaj” i wprowadzenia ww. danych.

7. Wskazać staże realizowane we własnej strukturze,
8. Jeżeli jednostka nie jest w stanie zrealizować wszystkich staży we własnej strukturze, koniecznym jest określenie staży jak również jednostek, w których staże zostaną zrealizowane.
 - a. W przypadku braku możliwości realizacji wszystkich staży we własnej strukturze użytkownik dodatkowo zaznacza checkbox-a „Czy komórka organizacyjna ma zawarte porozumienia z zewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi wpisanymi na listę podmiotów prowadzących staż kierunkowy, których realizacji nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej?”
9. Dodać załączniki

Załączniki dla grupy zawodowej lekarz/lekarz dentysta:


- a. Załącznik nr 1 – Wzór załączników dostępny jest na stronie CMKP pod adresem cmkp.edu.pl
Uwaga: typ załącznika nr jeden uwarunkowany jest następującymi wariantami
 - Wariant 1 – specjalności lekarskie (oprócz chorób wewnętrznych)
 - Wariant 2 – specjalność choroby wewnętrzne
 - Wariant 3 – specjalności lekarsko-dentystyczne
- b. Załącznik nr 2 - Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających zgodę na pełnienie funkcji kierownika specjalizacji
- c. Załącznik nr 3 – Porozumienia na staże kierunkowe (zgodnie z Art. 19f ust. 2 pkt. 10 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty jednostka ubiegająca się o prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego obowiązana jest zawrzeć porozumienia z podmiotami zewnętrznymi w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarzy staży kierunkowych określonych programem specjalizacji, których realizacji nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej) – w obowiązkowy przypadku podmiotów które wskazały staże realizowane w podmiotach zewnętrznych.
- d. Załącznik nr 4 – pole nieobowiązkowe, umożliwiające dodanie dodatkowych dokumentów.

Załączniki dla pozostałych grup zawodowych:


- a. Załącznik nr 1 - Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających status prawny podmiotu.
- b. Załącznik nr 2 - Informacja o dotychczasowym przebiegu prowadzonej przez podmiot działalności.

- c. Załącznik nr 3- Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających powołanie zespołu do spraw szkolenia specjalizacyjnego, oraz podpisanie umowy na pełnienie obowiązków kierowników specjalizacji z osobami posiadającymi tytuł specjalisty w danej dziedzinie.
- d. Załącznik nr 4 - Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających spełnianie standardów kształcenia w danym szkoleniu specjalizacyjnym określone w programie szkolenia specjalizacyjnego.
- e. Załącznik nr 5 - Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających, że działalność podmiotu obejmuje profil prowadzonego szkolenia specjalizacyjnego oraz zawarcie porozumienia z innymi podmiotami na realizację staży kierunkowych lub kursów specjalizacyjnych określonych programem szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli ich odbywania jednostka szkoląca nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej
- f. Załącznik nr 6 - Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających opracowanie regulamin organizacyjnego szkolenia specjalizacyjnego
- g. Załącznik nr 7 - Opis bazy dydaktycznej i warunków organizacyjnych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego
- h. Załącznik nr 8 - Plan realizacji programu szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie
- i. Załącznik nr 9 - Oświadczenie o spełnieniu warunków niezbędnych do realizacji planu, o którym mowa w punkcie powyżej.
- j. Załącznik nr 10 - Ewentualne dodatkowe informacje


Tak wypełniony wniosek użytkownik zobligowany jest zapisać, podpisać (za pomocą certyfikatu kwalifikowanego lub e-PUAP) oraz wysłać. **Uwaga: Tylko osoba w roli „kierownika” ma uprawnienia w systemie do podpisania wniosku, a tym samym przestania go do CMKP za pomocą systemu.**



Start



Wniosek o akredytację na specjalizację



Formularz zgłoszenia kandydatury na specjalizację

Wniosek o akredytację na specjalizację

Informacje ogólne

Tytuł wnioskodawcy

Imię i nazwisko, które dotyczy wniosku

Wzrost i waga na dzień przedstąpienia dokumentacji specjalizacyjnej w dyktando

Dane jednostki nadrzędnej

Nazwa i adres jednostki nadrzędnej

Wzrost i waga	Miejscowość	Ulica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Komórki organizacyjne

Dane podmiotu

Nazwa i adres podmiotu/komórki organizacyjnej, w której będzie prowadzone szkolenie specjalizacyjne

Wzrost i waga	Miejscowość	Ulica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Region

Wzrost i waga dnia przedstąpienia dokumentacji specjalizacyjnej

Kadra kształcąca komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne

liczba osób i tytułów specjalistów lub II stopnia specjalizacji w specjalności i dyktando zgłoszonej w wniosku kandydatury na specjalizację na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej lub kandydatury na stanowisko dyktando



CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONY ZDROWIA

ul. Stanisława Dubois 5A • 00-184 Warszawa, Polska
tel.: +48 22 597-09-27 • fax: +48 22 597-09-37
biuro@csioz.gov.pl • www.csioz.gov.pl
Skrytka ESP: /csiozgovpl/skrytka



Kierownicy specjalizacji

Imię	Drugie imię	Nazwisko	Tytuł zawodowy	Tytuł naukowy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer identyfikator specjalizacji i wykonywany stopień		Identyfikator wykształcenia	Stopień awansowy	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Usuń

Dodaj

☐ Oświadczam, iż program specjalizacji zawiera wyłącznie staż podstawowy.

Staż realizowane we własnej strukturze jednostki organizacyjnej

Wybierz staż

Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej

Wynagrodzenie	Miejscowość	Ulica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Identyfikator	Identyfikator
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Usuń

Dodaj staż

Staż realizowane w strukturze podmiotów zewnętrznych

Wybierz staż

Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej

Uzupełnij danymi podmiotu z SMK **Uzupełnij danymi podmiotu z CWUD**

Wynagrodzenie	Miejscowość	Ulica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Identyfikator	Identyfikator
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Usuń

Dodaj staż

Załączniki

Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających status prawny podmiotu

Dodaj

Informacja o dotychczasowym przebiegu prowadzonej przez podmiot działalności

Dodaj

Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających powołanie zespołu do spraw szkolenia specjalizacyjnego, oraz podpisanie umowy na pełnienie obowiązków kierowników specjalizacji z osobami posiadającymi tytuł specjalisty w danej dziedzinie

Dodaj

Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających spełnianie standardów kształcenia w danym szkoleniu specjalizacyjnym określone w programie szkolenia specjalizacyjnego

Dodaj

Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających, że działalność podmiotu obejmuje profil prowadzonego szkolenia specjalizacyjnego oraz zawarcie porozumienia z innymi podmiotami na realizację staży kierunkowych lub kursów specjalizacyjnych określonych programem szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli ich odbywania jednostka szkoląca nie może zapewnić w ramach swojej struktury organizacyjnej

Dodaj

Odwzorowanie cyfrowe dokumentów potwierdzających opracowanie regulamin organizacyjnego szkolenia specjalizacyjnego

Dodaj

Opis bazy dydaktycznej i warunków organizacyjnych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego

Dodaj

Plan realizacji programu szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie

Dodaj

Oświadczenie o spełnieniu warunków niezbędnych do realizacji planu, o którym mowa w punkcie powyżej

Dodaj

Ewentualne dodatkowe informacje

Dodaj

Rysunek 6. Wniosek o akredytację na specjalizację (prezentowana sekcja załączniki stanowi widok dla pozostałych grup zawodowych - nie dotyczy grupy: lekarz i lekarz dentysta)