**ПРИЛОГ 3**

**Захтјев**

за акредитацију програма континуиране едукације (КЕ)

|  |  |
| --- | --- |
| **Организатор континуиране едукације:** **(подвући)** | * здравствена установа
* високошколска установа

здравствене струке* удружења из области здравства
 |
| **Назив организатора** |  |
| **Адреса организатора (улица, број, поштански број, град)** |  |
| **Име и презиме организатора КЕ** |  |
| **Број телефона организатора КЕ** |  |
| **Имејл (e-mail) адреса организатора КЕ** |  |
| **Веб-сајт (website) организатора КЕ** |  |
| **Назив програма КЕ** **(кратак, јасан и довољно информативан)** |  |
| **Врста континуиране едукације:** **(подвући)** | * Конгрес
* Конференција
* Симпозијум
* Годишњи стручни састанак
* Стручни састанак
* Семинар
* Курс
* Онлајн едукација
 |
| **Датум и мјесто одржавања програма КЕ** | Датум:Мјесто: |
| **Остали датуми и мјеста одржавања програма КЕ** |  |
| **Интернет страница одржавања онлајн едукације** |   |
| **Сати учења током КЕ (без пауза):** |  сати |
| **Циљна група:****(подвући)** | * Здравствени радници (навести ко):

-* Здравствени сарадници (навести ко):

- |
| **Континуирана едукација је** | * Отвореног типа
* Затвореног типа (намијењена само запосленима код организатора континуиране едукације)
 |
| **Који је максимални предвиђени број слушалаца КЕ?** |  |
| **Који су едукативни циљеви програма?** | 1.2.3. |
| **Која знања ће стећи учесници?** | 1.2.3. |
| **Које вјештине ће стећи учесници?** | 1.2. |