**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. |