

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
poddyplomowego

Karta kursu specjalistycznego nr

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. PESEL¹⁾
6. Adres do korespondencji –

(kod)
(miejsowość)

.....
(ulica)
.....
(nr domu)
.....
(nr mieszkania)
.....
(województwo)

- Nr telefonu²⁾ adres e-mail²⁾
7. Tytuł zawodowy³⁾
pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/
położnego⁴⁾ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
10. Wykształcenie⁵⁾
średnie zawodowe
licencjat pielęgniarstwa licencjat położnictwa licencjat w innej dziedzinie
magister pielęgniarstwa magister położnictwa magister w innej dziedzinie
stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego
11. Nazwa i adres miejsca pracy
.....
.....

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

²⁾ Pole nieobowiązkowe.

³⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

13. Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego
14. Kierownik kursu specjalistycznego
 (imię i nazwisko)
15. Przebieg szkolenia teoretycznego

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾
 (data)
 (podpis kierownika kursu specjalistycznego)
 (dotyczy postaci papierowej)

16. Przebieg szkolenia praktycznego

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od – do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
Razem liczba godzin					

Szkolenie praktyczne – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾
 (data)
 (podpis kierownika kursu specjalistycznego)
 (dotyczy postaci papierowej)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾
 (data)
 (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)
 (dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny
 (nazwa kursu)

.....
 prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
 (data)

.....
 (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)
 (dotyczy postaci papierowej)