

WZÓR

*pieczęć organizatora kształcenia
podyplomowego*

Zaświadczenie nr

Pani/Pan

data urodzenia

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia

.....

po zrealizowaniu kształcenia w okresie od do

i złożeniu egzaminu w dniu przed komisją
egzaminacyjną w trybie określonym w § 34 i § 35 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U.
poz. 1761) ukończyła/ukończył

kurs specjalistyczny

.....

.....

zorganizowany przez
(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis organizatora kształcenia podyplomowego)