

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 pieczęta
 organizatora kształcenia)
 (dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny (nazwa kursu)

prorowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
(data)

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