

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

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/pielęgniarsza, 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 nicobowiązkowe.

³⁾ Zaznaczyć znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

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)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono / nie zaliczono⁴⁾
 (data)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny
 (nazwa kursu)

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

.....
 (nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
 (data)