

*pieczętka, nadruk lub naklejka  
organizatora kształcenia podyplomowego  
zawierające nazwę, adres siedziby  
oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)*

## ***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 § 28 i § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia  
30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U.  
z 2024 r. poz. 115) ukończyła/ukończył

## ***kurs kwalifikacyjny***

w dziedzinie .....

.....

zorganizowany przez .....  
(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

.....

.....  
(miejsce, data)

.....  
(podpis organizatora kształcenia podyplomowego)

<sup>19)</sup> Ze zmianą wprowadzoną przez § 1 pkt 6 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.