

**Karta kursu specjalistycznego nr .....**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL<sup>1)</sup> .....
6. Adres do korespondencji   –     .....
- (kod) (miejscowość)
- .....
- (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)
- Nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....
7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>
- pielęgniarka/pielęgniarz ☐ położna/położny ☐
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/  
położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....
- (rok wydania)
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
10. Wykształcenie<sup>5)</sup>
- 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
- .....
- .....

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

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> 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 zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

.....  
(podpis kierownika  
kursu specjalistycznego)  
(dotyczy postaci papierowej)

# 16. Przebieg szkolenia praktycznego

| Lp.                 | Nazwa placówki stażowej | Okres szkolenia praktycznego<br>od – do | Liczba godzin | Data zaliczenia | Podpis opiekuna szkolenia praktycznego |
|---------------------|-------------------------|---|---------------|-----------------|--|
|                     |                         |   |               |                 |  |
|                     |                         |   |               |                 |  |
|                     |                         |   |               |                 |  |
|                     |                         |   |               |                 |  |
|                     |                         |   |               |                 |  |
| Razem liczba godzin |                         |   |               |                 |  |

Szkolenie praktyczne – zaliczono/nie zaliczono<sup>4)</sup> .....  
 (data) .....  
 (podpis kierownika kursu specjalistycznego)  
 (dotyczy postaci papierowej)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono<sup>4)</sup> .....  
 (data) .....  
 (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
 (dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny .....  
 (nazwa kursu)

.....  
 prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym<sup>4)</sup>, zorganizowany przez

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

.....  
 (data)

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