

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Karta specjalizacji 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 specjalizacji .....

14. Kierownik specjalizacji .....

(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 specjalizacji)  
(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 zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

.....  
(podpis kierownika specjalizacji)  
(dotyczy postaci papierowej)

## 17. Informacje organizatora kształcenia dotyczące zaliczenia, zwolnienia z odbywania wybranych modułów, jednostek modułowych, szkolenia praktycznego

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejscowość, data)

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

18. Uczestnik szkolenia specjalizacyjnego posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego, udokumentowane uwierzytelnioną kopią<sup>6)</sup>:

- ☐ dyplomu uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r.,
- ☐ zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne*,
- ☐ zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment*,
- ☐ dyplomu uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa, począwszy od naboru 2012/2013.

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

19. Ukończyła/ukończył specjalizację w dziedzinie .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
(nazwa i adres organizatora kształcenia)

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

---

<sup>6)</sup> Zaznaczyć x właściwy dokument.