

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Karta kursu kwalifikacyjnego nr

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. PESEL¹⁾
6. Adres do korespondencji

--	--

 –

--	--	--	--

- (kod) (miejscowość)
- (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 znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

13. Data rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego

14. Kierownik kursu kwalifikacyjnego

(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)

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)

.....

.....

.....

.....

.....

Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
(data)