

Nazwa organizatora kształcenia
poddyplomowego

Karta specjalizacji 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/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 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 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 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)

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

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

.....
(miejscowość, data)

18. Uczestnik szkolenia specjalizacyjnego posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego udokumentowane uwierzytelnioną kopią⁶⁾:

- ☐ 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 zaliczono⁴⁾
(data)

19. Ukończyła/ukończył specjalizację w dziedzinie

.....
prowadzoną w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowaną przez

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

.....
(data)

⁶⁾ Zaznaczyć znakiem „x” właściwy dokument.