

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
poddyplomowego

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.

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:

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

.....
(miejsowość, data)

Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾
(data)

18. Ukończyła/ukończył kurs kwalifikacyjny w dziedzinie

.....
.....
prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez
.....

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
(data)