

WZÓR

WNIOSEK
o zaliczenie modułów, wybranych jednostek modułowych, szkolenia praktycznego
specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego¹⁾ w dziedzinie

.....

 Nazwa i adres organizatora kształcenia podyplomowego

Część A (wypełnia wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL²⁾

6. Adres do korespondencji

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 –

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

(kod)

(miejscowość)

.....
 (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Numer telefonu³⁾ adres e-mail³⁾

7. Tytuł zawodowy⁴⁾

pielęgniarka/pielęgniarsz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej
 położnego¹⁾ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

³⁾ Pole nieobowiązkowe.

⁴⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

10. Przebieg pracy zawodowej (w ciągu ostatnich 5 lat)

| Lp. | Nazwa zakładu pracy, adres | Okres zatrudnienia | Miejsce pracy (oddział, poradnia, inne) |
|-----|----------------------------|--------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. Posiadany tytuł specjalisty

| Lp. | Dziedzina specjalizacji | Numer oraz data i miejsce wydania dyplomu | Nazwa organizatora kształcenia | Data zakończenia specjalizacji |
|-----|-------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

12. Ukończone kursy kwalifikacyjne

| Lp. | Nazwa kursu kwalifikacyjnego | Numer oraz data i miejsce wydania zaświadczenia | Nazwa organizatora kształcenia | Data zakończenia kursu kwalifikacyjnego |
|-----|------------------------------|---|--------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

13. Ukończone kursy specjalistyczne

| Lp. | Nazwa kursu specjalistycznego | Numer oraz data i miejsce wydania zaświadczenia | Nazwa organizatora kształcenia | Data zakończenia kursu specjalistycznego |
|-----|-------------------------------|---|--------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

14. Ukończone studia podyplomowe

| Lp. | Nazwa studiów podyplomowych | Numer oraz data i miejsce świadectwa | Nazwa uczelni |
|-----|-----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |

15. Wnioskuje o zaliczenie:

| Lp. | Obszar do zaliczenia | Nazwa modułu, jednostki modułowej / nazwa placówek stażowych | Podstawa zaliczenia (ukończone kursy / zatrudnienie) |
|-----|----------------------------------|--|--|
| | Modułów lub jednostek modułowych | | |
| | Szkolenia praktycznego | | |

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)

Część B (wypełnia organizator kształcenia)

| Obszar do zaliczenia | Nazwa modułu lub jednostki modułowej | Merytoryczna opinia kierownika potwierdzona podpisem | Decyzja organizatora kształcenia potwierdzona podpisem |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Moduły lub jednostki modułowe | | | |
| Szkolenie praktyczne (nazwa placówki) | | | |

Uzasadnienie decyzji:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
podpis i pieczęć, nadruk lub naklejka organizatora kształcenia podyplomowego zawierające nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)
(dotyczy postaci papierowej)