

WZÓR

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych

(pieczęć albo nadruk)

**KARTA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO**

NR ...../.....

**CZĘŚĆ I**

**DANE DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO**

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Numer Prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

.....

3. Adres do korespondencji

.....

.....

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada

.....

5. Data rozpoczęcia ustawicznego rozwoju zawodowego

.....

.....  
(podpis Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych)

CZĘŚĆ II

**PRZEBIEG DOSKONALENIA ZAWODOWEGO**

Lp.	Forma ustawicznego rozwoju zawodowego	Nazwa i adres organizatora szkolenia*	Liczba godzin/dni*	Forma zaliczenia*	Liczba punktów edukacyjnych	Data i podpis diagnosty laboratoryjnego
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

\* Jeżeli dotyczy.

### CZĘŚĆ III

#### DOPEŁNIENIE OBOWIĄZKU DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Pani/Pan

.....  
imię (imiona) i nazwisko diagnosty laboratoryjnego

dopełniła/dopełnił obowiązku doskonalenia zawodowego w czasie 5-letniego okresu rozliczeniowego  
w terminie:

od ..... roku do ..... roku,

co stwierdza się na podstawie dokumentów poświadczających dopełnienie tego obowiązku.

.....  
(podpis Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych)