

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Karta specjalizacji nr

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

¹⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 12.

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)

