# WNIOSEK

**o zaliczenie modułów, wybranych jednostek modułowych, szkolenia praktycznego specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego**1) **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) .......................................

1. Tytuł zawodowy4)

pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

1. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/ położnego1) ……………… wydane przez ……………………………………………...…....

(rok wydania)

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

1. 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.

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

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

1. Posiadany tytuł specjalisty

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

1. Ukończone kursy kwalifikacyjne

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

1. Ukończone kursy specjalistyczne

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

1. Ukończone studia podyplomowe

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

1. Wnioskuję o zaliczenie:

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

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

(miejscowość, 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:

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

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

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

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

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

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka, nadruk lub naklejka organizatora kształcenia podyplomowego

zawierające nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP))

(dotyczy postaci papierowej)