Załączniki do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia ……… r.

(Dz. U. poz. ……)

**Załącznik nr 1**

WZÓR

**WNIOSEK**

**o zaliczenie modułów kształcenia, wybranych jednostek modułowych, szkolenia praktycznego specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego**[[1]](#footnote-1)) **w dziedzinie**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa i adres organizatora kształcenia podyplomowego ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

**Część A** (wypełnia wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………………………..……………….…..…
2. Tytuł zawodowy[[2]](#footnote-2))

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
2. Przebieg pracy zawodowej (w okresie 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 / zatrudnienie) |
|  | 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 kształcenia 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)

**Załącznik nr 2**

WZÓR

Obraz zawierający tekst

Opis wygenerowany automatycznie

OPIS

1. Dyplom uzyskania tytułu specjalisty zawiera:

1) elementy zabezpieczające przed fałszerstwem w przypadku podłoża:

a) papier niewykazujący luminescencji w promieniowaniu ultrafioletowym,

b) papier uczulony na działanie odczynników chemicznych (zabezpieczony chemicznie),

c) znak wodny dwutonowy,

d) włókna zabezpieczające widoczne wyłącznie w świetle widzialnym oraz aktywne w promieniowaniu ultrafioletowym,

e) losowo rozmieszczone drobiny niewidoczne w świetle widzialnym i wykazujące luminescencję w promieniowaniu ultrafioletowym typu „gwiezdny pył”;

2) elementy zabezpieczające przed fałszerstwem w przypadku druku:

a) druk offsetowy,

b) dwukolorowe linie giloszowe wykonane w technice druku irysowego z efektem tła reliefowego,

c) mikrodruki,

d) element graficzny wykonany farbą aktywną wyłącznie w promieniowaniu ultrafioletowym,

e) nadruk wykonany farbą irydyscentną;

3) pozostałe zabezpieczenia – numeracja typograficzna wykonana farbą aktywną w promieniowaniu ultrafioletowym.

2. Blankiet wzoru dyplomu jest wykonany na podłożu papierowym w formacie A4, o gramaturze 120 g/m2.

**Załącznik nr 3**

WZÓR

*pieczątka, nadruk lub naklejka*

*organizatora kształcenia podyplomowego*

*zawierające nazwę, adres siedziby*

*oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)*

***Zaświadczenie nr ……..***

Pani/Pan .……………………………………………………………………………………..

data urodzenia …………………………………………….………………………………… posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia

………………………………………………………………………………………………

po zrealizowaniu kształcenia w okresie od ………………….….… do ……..…..…………  
i złożeniu egzaminu w dniu ……………………………………………….. przed komisją egzaminacyjną w trybie określonym w § 28 i § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ………..…. r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. ..……………. ) ukończyła/ukończył

***kurs kwalifikacyjny***

w dziedzinie ……………………………………………...………………………………….. ……………………………………………………………………………………………….zorganizowany przez …………………………………………………………………..……

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

…………………………………………………………………………………………….….

……………………………………… ………..………………………………………

(miejscowość, data) (podpis organizatora kształcenia podyplomowego)

**Załącznik nr 4**

WZÓR

*pieczątka, nadruk lub naklejka*

*organizatora kształcenia podyplomowego*

*zawierające nazwę, adres siedziby*

*oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)*

# Zaświadczenie nr ………

Pani/Pan ……………………………………………….………………………………….. data urodzenia…………………………………………..……………………….…..…… posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia

………………………………………………………………………………………………

po zrealizowaniu kształcenia w okresie od …………………..…… do ……….………….. i złożeniu egzaminu w dniu ……………………………………………….. przed komisją egzaminacyjną w trybie określonym w § 34 i § 35 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia …………………….. r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U ….……..) ukończyła/ukończył

# kurs specjalistyczny

…………………………………………………………….……………………………….………………………………………………………………………………………………zorganizowany przez ………………………………………………………………………

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

………………………………………………………………………………………………

……………………………………… ………..……………………………………

(miejscowość, data) (podpis organizatora kształcenia podyplomowego)

**Załącznik nr 5**

WZÓR

***Zaświadczenie***

Pani/Pan …………………………………………………………………..………...…….

data urodzenia ……………………………………………..……………………………… posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia

………………………………………………………………………………………………

ukończyła/ukończył przeprowadzony w okresie od ………....………. do ………………   
w łącznym wymiarze ………………………. godzin

***kurs dokształcający***

w zakresie …………………………………………………………………...…………….. ………………………………………………………………………………………………  
zorganizowany przez …………………………………………………………………

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

……………………………………………………………………………………………

…………………………………… …….………..………………………………

(miejscowość, data) (podpis organizatora kształcenia podyplomowego)

1. ) Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy. [↑](#footnote-ref-2)