

Karta kursu specjalistycznego

Część I

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Imię ojca Nazwisko rodowe.....
3. Data urodzenia
4. Miejsce urodzenia
5. Obywatelstwo.....

6. PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Adres zameldowania

--	--

 -

--	--	--

(kod) (miejscowość)
-
- (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

8. Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarstwa lub położniczej i uzyskany tytuł
 9. Rok uzyskania dyplomu pielęgniarki/położnej*
 10. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej*
(rok wydania)
- wydane przez

11. Numer w rejestrze pielęgniarek i położnych
- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

12. Nazwa i adres pracodawcy oraz zajmowane stanowisko

13. Odbiół kursu specjalistycznego w zakresie
zorganizowany przez
(nazwa i adres organizatora kształcenia)

pod kierunkiem

(imię i nazwisko)

* Niepotrzebne skreślić.

w terminie od do

Szkolenie teoretyczne - zaliczone/niezaliczone*

(data)

(podpis kierownika
kursu specjalistycznego)

Szkolenie praktyczne - zaliczone/niezaliczone*

(data)

(podpis kierownika
kursu specjalistycznego)

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)

* Niepotrzebne skreślić.