



WNIOSEK
o zaliczenie modułów, wybranych jednostek modułowych, szkolenia praktycznego
specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego¹⁾ w dziedzinie:

Nazwa i adres organizatora kształcenia podyplomowego:

Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski.
ul. Prądnicka 10 , 30-002 Kraków

Część A (wypełnia wnioskodawca)

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

6. Adres do korespondencji –

(kod) (miejscowość)

.....

(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Nr telefonu ³⁾ Adres e-mail ³⁾

7. Tytuł zawodowy ⁴⁾ pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego¹⁾
..... wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

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

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.

²⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

³⁾ Pole obowiązkowe.

⁴⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

11. Posiadany tytuł specjalisty

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

12. Ukończone kursy kwalifikacyjne

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

13. Ukończone kursy specjalistyczne

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

14. Ukończone studia podyplomowe

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

15. Wnioskuje o zaliczenie:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

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:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)