Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów
813-303-94-42
690679626

Adres do korespondencji:
ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno

13 437 27 81
krosno@okppip.pl
okppip.pl

Znak: OKPPiP/180/2017

Krosno, dnia 31.10.2017 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z/s w Kaliszu
SEKRETARIAT OKRĘGOWEJ IZBY PiP
WPŁ
DNIA 02. 11. 2017
Nr ks. 1043

Pan Marek Przybył
Przewodniczący
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
ul. Korczak 4 A
62-800 Kalisz

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie – Placówka Szkoleniowa w Krośnie zwraca się z uprzejmą prośbą o umieszczenie na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych informacji o szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego dla pielęgniarek i położnych, którego będziemy organizatorem wskazanym w drodze przetargu przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia.

Miejsce realizacji szkolenia planujemy w Kaliszu. Osoby zainteresowane szkoleniem proszone są o logowanie się w systemie SMK oraz składanie w wersji papierowej następujących dokumentów:

1. Wniosek o dopuszczenie do specjalizacji;
2. Zaświadczenie z zakładu pracy (świadectwa pracy) o 2 – letnim stażu pracy w ostatnich 5-ciu latach w zawodzie pielęgniarki/położnej;
3. Kserokopie Prawa Wykonywania Zawodu.

Więcej informacji dotyczących postępowania kwalifikacyjnego prześlemy w późniejszym terminie jak również umieścimy na stronie internetowej Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie – Placówka Szkoleniowa w Krośnie.

Z poważaniem

PEŁNOMOCNIK
mgr Dorota Krochmal

Sąd Rejonowy w Rzeszowie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
Numer KRS: 0000201229, Wysokość kapitału zakładowego: 100 000,00 PLN

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie
ul. Rymanowska 3, 35-083 Rzeszów

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie

.....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL[1] .....
6. Adres do korespondencji ☐☐ – ☐☐☐ .....

(kod) (miejscowość)

....

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

Nr telefonu[2] ..... adres e-mail[2] .....

7. Tytuł zawodowy[3]

pielęgniarka/pielęgniarz ☐ położna/położny ☐

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego[4] ..... wydane przez .....

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu ☐☐☐☐☐☐☐☐
10. Wykształcenie[5]

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 x posiadany tytuł zawodowy.
[4] Niepotrzebne skreślić.
[5] Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) ....., w tym w okresie ostatnich 5 lat.....

14. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji .....

15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani/ odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji" rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

TAK ☐ NIE ☐

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji.....

16. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji)

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numeru dyplomu, zaświadczenia

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)