**Załącznik nr 2**

*WZÓR*

Numer karty………………………….

**KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY**

(*nazwa zawodu)*

……………………………………….

 (wojewoda wydający kartę ustawicznego rozwoju zawodowego)

Imię (imiona) i nazwisko ……..…………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………………………………..………………………………

Indywidualny identyfikator wpisu ………………………………………………………………

Nazwa i miejsce wykonywania zawodu medycznego …………………………………….

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

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

Okres edukacyjny rozpoczęty dnia:……………………………………………………………

1. **KURS DOSKONALĄCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego | Miejsce odbycia kursu doskonalącego |
|  |  |
| Termin kursuData od-do | Czas trwania kursu(liczba godzin) | Potwierdzenie zaliczenia kursu doskonalącegoPodpis organizatora kursu lub osoby upoważnionej |
|  |  |  |

Liczba punktów edukacyjnych:……………………………………………….

1. **FORMY USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO INNE NIŻ KURS DOSKONALĄCY**

Część A.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego |
|  |  |
| Miejsce odbycia  | Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych) |
|  |  |
| Termin | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej |
| od dnia……………………do dnia…………………… |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego |
|  |  |
| Miejsce odbycia  | Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych) |
|  |  |
| Termin | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej |
| od dnia……………………do dnia…………………… |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego |
|  |  |
| Miejsce odbycia  | Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych) |
|  |  |
| Termin | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej |
| od dnia……………………do dnia…………………… |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego |
|  |  |
| Miejsce odbycia  | Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych) |
|  |  |
| Termin | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej |
| od dnia……………………do dnia…………………… |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego |
|  |  |
| Miejsce odbycia  | Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych) |
|  |  |
| Termin | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej |
| od dnia……………………do dnia…………………… |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego |
|  |  |
| Miejsce odbycia  | Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych) |
|  |  |
| Termin | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej |
| od dnia……………………do dnia…………………… |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

Część B.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forma ustawicznego rozwoju zawodowego | Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego przez osobę wykonującą zawód medyczny (podpis) | Liczba punktów edukacyjnych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

1. **INFORMACJA O DOPEŁNIENIU OBOWIĄZKU USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO**

Na podstawie:

[ ]  wpisów w karcie rozwoju zawodowego osoby wykonującej zawód medycznyoraz dokumentów potwierdzających realizację wpisanych w nią form ustawicznego rozwoju zawodowego, albo

[ ]  dokumentów, o których mowa w art. 33n ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173 i poz. 1890), lub

[ ]  dokumentów, o których mowa w art. 7 ust.10 lub ust. 12 albo art. 12 ust. 2 lub art. 12c ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe

potwierdza się, że:

Pani/Pan\*\*…………………………………………………………………………………..

imię (imiona) i nazwisko osoby wykonującej zawód medyczny

dopełniła/dopełnił\*\* obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w czasie okresu edukacyjnego:

od ………………………………...roku do ……………………………………………….roku.

…………………………………………………………

podpis właściwego wojewody

\* Właściwe zaznaczyć.

\*\* Niewłaściwe skreślić.