

Warszawa, dnia 29 października 2019 r.

Poz. 2069

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 11 października 2019 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761 oraz z 2019 r. poz. 1693) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w załącznikach nr 1, 7, 10 i 13 do rozporządzenia skreśla się wyrazy „(podpis wnioskodawcy) (dotyczy postaci papierowej)”;
- 2) w załączniku nr 2 do rozporządzenia w części B wyrazy „(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)” zastępuje się wyrazami „podpis i pieczęć, nadruk lub naklejka organizatora kształcenia podyplomowego zawierające nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)”;
- 3) załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) w załączniku nr 4 do rozporządzenia po wyrazach „w załączeniu” pkt 2–4 otrzymują brzmienie:
 - „2) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub elektroniczna kopia tego dokumentu⁸⁾;
 - 3) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w całości lub elektroniczna kopia tego dokumentu⁹⁾;
 - 4) dokument potwierdzający wniesienie opłaty za egzamin państwowy lub elektroniczna kopia tego dokumentu.”;
- 5) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) w załącznikach nr 9, 12 i 14 do rozporządzenia wyrazy „pieczęć organizatora kształcenia podyplomowego” zastępuje się wyrazami „pieczęć, nadruk lub naklejka organizatora kształcenia podyplomowego zawierające nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)”;
- 7) załącznik nr 11 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Dokumentacja przebiegu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, której wzory stanowią załączniki nr 1–4 i 7–14 do rozporządzenia zmienianego w § 1, wydana na podstawie przepisów dotychczasowych zachowuje ważność.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *J. Cieszyński*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Karta specjalizacji nr

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹⁾6. Adres do korespondencji -

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

nr telefonu²⁾ adres e-mail²⁾7. Tytuł zawodowy³⁾pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny 8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/
położnego⁴⁾ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 10. Wykształcenie⁵⁾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 znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

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

.....

13. Data rozpoczęcia specjalizacji

14. Kierownik specjalizacji

(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego:

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/ nie zaliczono⁴⁾
 (data)

16. Przebieg szkolenia praktycznego:

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od – do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
Razem liczba godzin					

Szkolenie praktyczne – zaliczono/ nie zaliczono⁴⁾

(data)

17. Informacje organizatora kształcenia dotyczące zaliczenia, zwolnienia z odbywania wybranych modułów, jednostek modułowych, szkolenia praktycznego:

.....

.....
 (miejsowość, data)

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Karta kursu kwalifikacyjnego nr

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. PESEL¹⁾
6. Adres do korespondencji –

(kod) (miejscowość)

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

nr telefonu²⁾ adres e-mail²⁾

7. Tytuł zawodowy³⁾
pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/
położnego⁴⁾ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
10. Wykształcenie⁵⁾
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 znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

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

.....

13. Data rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego

14. Kierownik kursu kwalifikacyjnego

(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego:

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/ nie zaliczono⁴⁾

(data)

17. Informacje organizatora kształcenia dotyczące zaliczenia, zwolnienia z odbywania wybranych modułów, jednostek modułowych, szkolenia praktycznego:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(miejsowość, data)

Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono⁴⁾
(data)

18. Ukończyła/ukończył kurs kwalifikacyjny w dziedzinie

.....
.....
prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez
.....
(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
(data)

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Karta kursu specjalistycznego nr

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. PESEL¹⁾
6. Adres do korespondencji –

(kod)
(miejscowość)

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

- nr telefonu²⁾ adres e-mail²⁾
7. Tytuł zawodowy³⁾
pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/
położnego⁴⁾ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
10. Wykształcenie⁵⁾
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 znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

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

.....

13. Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego

14. Kierownik kursu specjalistycznego

(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego:

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/ nie zaliczono⁴⁾

(data)

16. Przebieg szkolenia praktycznego:

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od – do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
Razem liczba godzin					

Szkolenie praktyczne – zaliczono/ nie zaliczono⁴⁾

(data)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/ nie zaliczono⁴⁾

(data)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny

(nazwa kursu)

.....
 prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym⁴⁾, zorganizowany przez

.....
 (nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....
 (data)