

HARMONOGRAM KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO

kurs specjalistyczny

PEŁNA NAZWA ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA

ADRES

miejsowość:

kod pocztowy:

ulica:

nr:

tel/fax:

e-mail:

NIP

Numer wpisu do KRS/ewidencji działalności gospodarczej

FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA (zgodnie z art. 75 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej:

INFORMACJE O ROZPOCZĘTYM KURSIE SPECJALISTYCZNYM

Nazwa kursu						
System Kształcenia (stacjonarny/ niestacjonarny)	Data postępowania kwalifikacyjnego	Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego (dzień, miesiąc, rok)	liczba uczestników, w tym:		Planowany termin zakończenia kursu specjalistycznego (dzień, miesiąc, rok)	Miejsowość realizacji zajęć teoretycznych
			Piel.	Poł.		

INFORMACJE O MIEJSCU REALIZACJI KURSU SPECJALISTYCZNEGO

Zajęcia	Miejsce realizacji	OIPiP na terenie, której realizowany jest kurs specjalistyczny	Województwo na terenie którego realizowany jest kurs specjalistyczny
teoretyczne(nazwa i adres)			
praktyczne (należy podać pełne nazwy i adresy placówek, w których będą odbywały się zajęcia stażowe)			

INFORMACJE O KWALIFIKACJACH KIEROWNIKA KURSU

Imię i nazwisko	Staż pracy		Posiadane kwalifikacje ²
	Ogółem	w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia	

INFORMACJE O KWALIFIKACJACH WYKŁADOWCÓW

Imię i nazwisko	Realizowany moduł /jednostka modułowa³	Liczba godzin	Staż pracy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia	Kwalifikacje wymagane programem kształcenia⁴

² Należy wpisać tytuł zawodowy, naukowy, dziedzinę szkolenia specjalizacyjnego lub inne formy kształcenia podyplomowego.

³ Należy wpisać numer modułu i numery jednostek modułowych realizowane przez wykładowcę (np. Moduł I, j.m. 3, 4, 5 itd.)

⁴ Należy wpisać tytuł zawodowy, naukowy, dziedzinę szkolenia specjalizacyjnego lub inne formy kształcenia podyplomowego.

INFORMACJE O KWALIFIKACJACH OPIEKUNÓW STAŻU

Imię i Nazwisko	Nazwa i adres placówki stażowej	Miejsce odbywania zajęć stażowych (oddział/poradnia inne)	Data realizacji od-do	Liczba godzin szkolenia praktycznego	Opiekun szkolenia praktycznego		
					Kwalifikacje wymagane programem kształcenia ⁵	Miejsce zatrudnienia	Staż pracy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia

INFORMACJE O WEWNĘTRZNYM SYSTEMIE OCENY JAKOŚCI KSZTAŁCENIA

Działania prowadzone w ramach wewnętrznego systemu oceny jakości

Stosowane **narzędzia** oceny jakości kształceniaStosowane **metody** oceny jakości kształcenia**ŚRODKI DYDAKTYCZNE WYMAGANE W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA⁶:****TAK****NIE****INFORMACJE O ZAKOŃCZENIU KSZTAŁCENIA⁶:**

RODZAJ EGZAMINU:

EGZAMIN TEORETYCZNY

przeprowadzony w formie pisemnej

ustnej

EGZAMIN PRAKTYCZNY

*Miejscowość i data**dd.mm.rrrr**Imię i nazwisko osoby sporządzającej*

.....

.....

⁵ Należy wpisać tytuł zawodowy, naukowy, dziedzinę szkolenia specjalizacyjnego lub inne formy kształcenia podyplomowego.⁶ Zaznacz odpowiednie pole