

# HARMONOGRAM KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO

## kurs kwalifikacyjny

**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 KWALIFIKACYJNYM

Dziedzina:

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

**INFORMACJE O MIEJSCU REALIZACJI KURSU KWALIFIKACYJNEGO**

Zajęcia	Miejsce realizacji	OIPiP na terenie, której realizowany jest kurs kwalifikacyjny	Województwo na terenie którego realizowany jest kurs kwalifikacyjny
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 <sup>2</sup>
	Ogółem	w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia	

## **INFORMACJE O KWALIFIKACJACH WYKŁADOWCÓW**

<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Realizowany moduł /jednostka modułowa<sup>3</sup></b>	<b>Liczba godzin</b>	<b>Staż pracy w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia</b>	<b>Kwalifikacje wymagane programem kształcenia<sup>4</sup></b>

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

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

<sup>4</sup> 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 <sup>5</sup>	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 KSZTAŁCENIA<sup>6</sup>:****TAK****NIE****INFORMACJE O ZAKOŃCZENIU KSZTAŁCENIA<sup>6</sup>:**

RODZAJ EGZAMINU:

EGZAMIN TEORETYCZNY

przeprowadzony w formie pisemnej

ustnej

EGZAMIN PRAKTYCZNY

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

.....

.....

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