

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W 2024 ROKU

PEŁNA NAZWA ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA

ADRES

miejsowość:

kod pocztowy:

ulica:

nr:

tel/fax:

e-mail:

NIP:

FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA (zgodnie z art. 75 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2024 poz. 814, 854)

NAZWA OIPiP¹ na terenie, której realizowano kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (przez realizację kształcenia należy rozumieć obszar okręgowej izby pielęgniarek i położnych, na terenie której odbywały się zajęcia teoretyczne)

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie sprawozdania

1 Jeżeli organizator realizował kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kształcenie teoretyczne) na terenie działania więcej niż jednej OIPiP, obowiązany jest załączyć druk sprawozdawczy odrębnie dla każdej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

1a. Szkolenia specjalizacyjne zakończone w 2024 roku.

Dziedzina kształcenia	System kształcenia	Numer wpisu do rejestru ²	Numer umowy (specjalizacja dofinansowana przez MZ) ²	Data rozpoczęcia zajęć (dzień/miesiąc/rok)	Data zakończenia specjalizacji (dzień/miesiąc/rok)	Liczba osób, które zaliczyły specjalizację w tym:	
						Piel.	Poł.

² Jeżeli nie dotyczy proszę zostawić puste pole

1b. Szkolenia specjalizacyjne w trakcie realizacji na przełomie roku 2024/2025

Dziedzina kształcenia	System kształcenia	Numer wpisu do rejestru ²	Numer umowy (specjalizacja dofinansowana przez MZ) ²	Data rozpoczęcia zajęć (dzień/miesiąc/rok)	Planowana data zakończenia specjalizacji (dzień/miesiąc/rok)	Liczba uczestników szkolenia specjalizacyjnego w tym:	
						Piel.	Poł.

² Jeżeli nie dotyczy proszę zostawić puste pole

4. Kursy doształcające realizowane w 2024 roku.

Nazwa kursu doształcającego	Tryb/system kształcenia	Liczba zrealizowanych edycji kursu doształcającego zakończonych egzaminem w 2024 roku	Liczba osób, które ukończyły kurs doształcający w 2024r.	
			Piel.	Poł.
