**Dyrektor**

**Centrum Medycznego**

**Kształcenia Podyplomowego**

**WZÓR WNIOSKU**

o zwolnienie przez Dyrektora CMKP pielęgniarki, położnejz obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całościzgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych   
(Dz. U. z 2024 r. poz. 115)

Na podstawie art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, wnioskuję o uznanie mojego dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu specjalizacji w dziedzinie**[[1]](#footnote-1)**

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  
i zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub w całości**[[2]](#footnote-2)**

*Poniższą część wypełnić w przypadku wnioskowania o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji   
w części[[3]](#footnote-3):*

*Nazwy modułów: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Nazwy placówek stażowych ze wskazaniem godzin oraz nazwy modułu:*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………*

**DANE OSOBOWE:**

1. Imię (imiona) i nazwisko ………………………………………………………………………………………………..
2. Adres do korespondencji i dane kontaktowe

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

kod pocztowy miejscowość ulica nr domu nr mieszkania

……………………………………………………………………………………………………………….…………………… telefon e-mail

1. Tytuł zawodowy ………………………………………………………………………………………………………….
2. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej**2**…………………………………………………………………………………….………………………………...
3. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej**2**wydane przez …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**/w załączeniu kopia Zaświadczenia/**

1. Miejsce pracy ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

**/nazwa jednostki organizacyjnej, adres, stanowisko/**

**DOROBEK NAUKOWY:**

1. Posiadany stopień naukowy
   1. stopień doktora ………………………………………………………………………………………………...

**/podać dziedzinę nauki i zakres danej dyscypliny naukowej/**

nadany przez ………………………………………… w dniu …….……………….........…………….…..

**/w załączeniu kopia nadania stopnia naukowego/**

tytuł pracy doktorskiej:

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

* 1. stopień doktora habilitowanego ………..………………………………………………………………

**/podać dziedzinę nauki i zakres danej dyscypliny naukowej/**

nadany uchwałą ……………………………………………… z dnia ……………………...……..……….

**/w załączeniu kopia nadania stopnia naukowego/**

tytuł pracy habilitacyjnej

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

1. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data i nr dyplomu, nazwa podmiotu wydającego)

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

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

1. Inne formy kształcenia zawodowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj kształcenia** | **Zakres/nazwa/temat**  **odbytego kształcenia** | **Termin i miejsce kształcenia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Wykaz publikacji z uwzględnieniem dziedziny specjalizacji, z której wnioskodawca ubiega się o zwolnienie.**

Przygotowany wykaz publikacji powinien zawierać: liczbę prac z podaniem łącznej punktacji ministra właściwego ds. nauki i szkolnictwa wyższego i punktacji na liście filadelfijskiej (IF) oraz wykaz opracowanych rozdziałów w książkach lub red. książek tematycznie związanych z daną specjalizacją.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Tytuł/autor/źródło/wydawnictwo/**  **rok wydania** | **Punkty IF** | **Punkty**  **MNiSW** | **Charakter /typ pracy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Sumarycznie: Punkty IF, Punkty MNiSW** | | | | |

W przypadku dołączenia wykazu publikacji w formie załącznika, dokument powinien być potwierdzony przez Bibliotekę

1. **Dorobek zawodowy**

Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej z opisem charakteru wykonywanej pracy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Okres** | **Miejsce pracy**  **uczelnia/oddział/przychodnia** | **Szczegółowy opis wykonywanych zadań[[4]](#footnote-4)** | **Stanowisko** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Przynależność do towarzystw naukowych (nazwa towarzystwa naukowego, od kiedy - rok, pełnione funkcje)

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

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

Proszę o uznanie mojego dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem przeze mnie programu specjalizacji w dziedzinie ……………………………………………………………..……………………………………………………………………………

i zwolnienie mnie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości**2**

……………………………… ………..………………………………

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy

lub podpis elektroniczny)

Załączniki do wniosku:

1. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych.
2. Merytoryczna opinia kierownika specjalizacji.
3. Kopia prawa wykonywania zawodu (strony zawierające imię/imiona i nazwisko wnioskodawcy, numer dokumentu, datę wystawienia oraz nazwę organu, dodatkowo strona z adnotacją w przypadku zmiany nazwiska).
4. Kopia dokumentu potwierdzającego nadanie stopnia naukowego.
5. ………………………………………………………………………………………………………………………..…….

***Do wniosku należy dołączyć wyłącznie dokumenty mające wpływ na ocenę merytoryczną wniosku, bez przekazywania dokumentów i danych nadmiarowych oraz nieadekwatnych do wnioskowanej dziedziny specjalizacji***

**Załącznik nr 1** do Wniosku o zwolnienie przez Dyrektora CMKP

z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowyc**h**[[5]](#footnote-5)**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej „RODO” informujemy, że będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe. Szczegóły tego dotyczące:

**I.** **Administrator danych osobowych**

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z siedzibą w Warszawie,   
ul. Marymoncka 99/103, 01-813 Warszawa, tel. 22 5693 700 informuje, że jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych.

**II.** **Inspektor Ochrony Danych**

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw za pomocą e-mail: [iod@cmkp.edu.pl](mailto:iod@cmkp.edu.pl)**,** telefon: 22 5601 004 lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

**III.** **Cele i podstawy przetwarzania**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych ma na celu przeprowadzenie postępowanie w sprawie zwolnienia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub w całości, kontaktowania się w toku postępowania, weryfikacja pod względem formalnym kompletności wniosku i dokumentów, opiniowania merytorycznego wniosku i dokumentów w sprawie ww. zwolnienia oraz wydania decyzji Dyrektora CMKP, na podstawie obowiązujących przepisów prawa w zakresie art. 67 ust. 3, ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,   
§ 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego oraz ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami jako prawnie uzasadniony interes Administratora (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c, lit. f RODO).

**IV.** **Odbiorcy danych**

Pani/Pana dane osobowe zostaną udostępnione członkom zespołu opiniującego merytorycznie wniosek i dokumentację. Pani/Pana dane mogą zostać udostępnione podmiotom przetwarzającym, które świadczą nam usługi prawnicze, wspierają nas systemami teleinformatycznymi oraz dostarczają nam i obsługują nasze systemy informatyczne oraz oprogramowanie wykorzystywane do właściwej realizacji zadań Administratora. W przypadku zaistniałej konieczności Pani/Pana dane osobowe mogą zostać także udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do otrzymania Pani/Pana danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

**V.** **Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

**VI.** **Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez 10 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono postępowanie administracyjne, a następnie, jeśli chodzi o materiały archiwalne, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną CMKP opracowaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

**VII.**  **Pani/Pana prawa**

Przysługuje Pani/Panu:

1. prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych – uzyskania od Administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, uzyskanie dostępu do nich oraz przekazania Pani/Panu informacji w zakresie wskazanym w art. 15 RODO;
2. prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO;
3. prawo do usunięcia Pani/Pana danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego usunięcia danych osobowych, jeżeli spełniona zostanie jedna z przesłanek określonych w art. 17 RODO, m.in. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane. Prawo usunięcia danych może zostać ograniczone ze względu na obowiązki Administratora wynikające z obowiązującego prawa;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO, m. in. Kwestionowania prawidłowości danych osobowych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych   
   w przypadkach określonych w art. 21 RODO;
6. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych zgodnie z art. 77 RODO;

W celu wykonania swoich praw należy skierować żądanie do Administratora Danych Osobowych lub Inspektora Ochrony Danych – dane kontaktowe wskazano w pkt I lub II niniejszej informacji. Proszę pamiętać, że przed realizacją Pani/Pana uprawnień Administrator będzie musiał się upewnić, że Pani/Pan ma powyższe prawo, czyli odpowiednio Panią/Pana zidentyfikować.

**VIII.** **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymagane przepisami prawa. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nieprzeprowadzenie postępowania celem zwolnienia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub w całości i wydania decyzji administracyjnej w tym zakresie.

**IX.**  **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Załącznik nr 2** do Wniosku o zwolnienie przez Dyrektora CMKP

z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości

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

Nazwa i adres siedziby organizatora kształcenia realizującego szkolenie specjalizacyjne

**Merytoryczna opinia kierownika szkolenia specjalizacyjnego:**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

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

Data zakwalifikowania Wnioskodawcy na szkolenie specjalizacyjne

………...………………………………………………………..

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

……………………………… ….….………………………………

(data) (czytelny podpis lub podpis elektroniczny

kierownika specjalizacji)

1. wskazana dziedzina specjalizacji powinna być zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 20213r.   
   w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (dz. U. z 2013r. poz.1562) [↑](#footnote-ref-1)
2. właściwe podkreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części należy wskazać moduły, placówki stażowe programu kształcenia w przedmiotowej dziedzinie, które stanowią wnioskowany zakres zwolnienia [↑](#footnote-ref-3)
4. w przypadku realizacji zajęć dydaktycznych (wykłady, ćwiczenia, zajęcia stażowe) należy podać zakres realizowanych zajęć [↑](#footnote-ref-4)
5. dla pielęgniarek i położnych składających wniosek w sprawie zwolnienia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub w całości [↑](#footnote-ref-5)