

WZÓR

Numer karty.....

KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY

(nazwa zawodu)

.....

(wojewoda wydający kartę ustawicznego rozwoju zawodowego)

Imię (imiona) i nazwisko

Data urodzenia

Indywidualny identyfikator wpisu

Nazwa i miejsce wykonywania zawodu medycznego

.....

.....

Okres edukacyjny rozpoczęty dnia:.....

I. KURS DOSKONALĄCY

Nazwa i adres podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego		Miejsce odbycia kursu doskonalącego
Termin kursu Data od-do	Czas trwania kursu (liczba godzin)	Potwierdzenie zaliczenia kursu doskonalącego Podpis organizatora kursu lub osoby upoważnionej

Liczba punktów edukacyjnych:.....

II. FORMY USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO INNE NIŻ KURS DOSKONALĄCY

Część A.

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce odbycia	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej
od dnia..... do dnia.....	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce odbycia	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej
od dnia..... do dnia.....	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce odbycia	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej
od dnia..... do dnia.....	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce odbycia	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej
od dnia..... do dnia.....	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce odbycia	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej
od dnia..... do dnia.....	

Liczba punktów edukacyjnych:

Nazwa i adres podmiotu przeprowadzającego ustawiczny rozwój zawodowy	Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego
Miejsce odbycia	Czas trwania (liczba godzin dydaktycznych)
Termin	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego Podpis organizatora lub osoby upoważnionej
od dnia..... do dnia.....	

Liczba punktów edukacyjnych:

Część B.

Forma ustawicznego rozwoju zawodowego	Potwierdzenie odbycia ustawicznego rozwoju zawodowego przez osobę wykonującą zawód medyczny (podpis)	Liczba punktów edukacyjnych

Liczba punktów edukacyjnych:

III. INFORMACJA O DOPEŁNIENIU OBOWIĄZKU USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO

Na podstawie:

- wpisów w karcie rozwoju zawodowego osoby wykonującej zawód medyczny oraz dokumentów potwierdzających realizację wpisanych w nią form ustawicznego rozwoju zawodowego, albo
- dokumentów, o których mowa w art. 33n ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1173 i poz. 1890), lub
- dokumentów, o których mowa w art. 7 ust.10 lub ust. 12 albo art. 12 ust. 2 lub art. 12c ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe

potwierdza się, że:

Pani/Pan**

imię (imiona) i nazwisko osoby wykonującej zawód medyczny

dopełniła/dopełnił** obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego w czasie okresu edukacyjnego:

odroku doroku.

.....

podpis właściwego wojewody

* Właściwe zaznaczyć.

** Niewłaściwe skreślić.