**ZAKŁAD KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA COLLEGIUM MEDICUM W BYDGOSZCZY**

**Ogłasza nabór na szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie:**

- pielęgniarstwa **neonatologicznego** dla pielęgniarek i położnych

- pielęgniarstwa **psychiatrycznego** dla pielęgniarek.

**Istnieje możliwość dofinansowania ze środków budżetowych**

**Ministerstwa Zdrowia.**

Ostatnia możliwość udziału w szkoleniach specjalizacyjnych na dotychczasowych obowiązujących zasadach (wg Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku)

Wnioski można składać wraz z załącznikami do **15.07.2015r**.

Planowany termin zajęć-22.08.2015r.

Wymagane dokumenty:

- wypełniony formularz zgłoszenia

- prawo wykonywania zawodu (ksero)

- zaświadczenie o zatrudnieniu ( wymagany minimum 2-letni staż pracy w ciągu ostatnich

5 lat)

- **oświadczenie** stwierdzające, że w ciągu ostatnich 5 lat osoba składająca wniosek nie brała udziału w szkoleniu specjalizacyjnym dofinansowanym ze środków Ministerstwa Zdrowia

**DOKUMENTY NALEŻY SKŁADAĆ:**

           osobiście

           pocztą elektroniczną na adres:   zkpodyppiel@cm.umk.pl
lub

           przesyłać pocztą na adres:
  Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
  Zakład Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek
  ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz

**Wszelkie informacje dostępne pod nr telefonu 52-585-58-29/30**

***SERDECZNIE ZAPRASZAMY***

załącznik nr 1 do

umowy Nr P12…/…./15

OŚWIADCZENIE

**Dane Organizatora** …………………………………………………………………………………………….. Nazwa i siedziba

**Dane osoby ubiegającej się o zakwalifikowanie na specjalizację w dziedzinie**…….………………….…

…………………………………………………………………………………………...

………………………. …………………… ……………….………………………

Imię i nazwisko Tytuł zawodowy Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

I. Na podstawie art. 70 ust.6 -7 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki
i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.)**[[1]](#footnote-1)**:

A. *Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat odbyłam/em***[[2]](#footnote-2)** *następujące specjalizacje dofinansowane ze środków publicznych:*

1.…………………………………… ………………………………………

nazwa dziedziny specjalizacji data zakończenia specjalizacji

 dd/mm/rr

2.…………………………………… ………………………………………

nazwa dziedziny specjalizacji data zakończenia specjalizacji

 dd/mm/rr

3.…………………………………… ………………………………………

nazwa dziedziny specjalizacji data zakończenia specjalizacji

 dd/mm/rr

4.…………………………………… ………………………………………

nazwa dziedziny specjalizacji data zakończenia specjalizacji

 dd/mm/rr

…..………….……

data podpis

B. *Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat nie odbywałam/em specjalizacji dofinansowanej
ze środków publicznych*

…………………..…

data podpis

II. Oświadczam, że jest mi znana treść art.70 ust.5 w/w ustawy, z którego wynika,
że pielęgniarka i położna w tym samym czasie może odbywać tylko jedną specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych

………………..……

data podpis

Wniosek o dopuszczenie do

**specjalizacji / kursu kwalifikacyjnego / specjalistycznego / dokształcającego \***

tytuł specjalizacji / kursu \* ........................................................................................................

 dla pielęgniarek / położnych \*

Imię (imiona) i nazwisko ......................................................................................................

Imię ojca ...............................................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ......................................................................................................

|  |
| --- |
| 4. PESEL |

5. Adres zameldowania - .......................................................................

 kod miejscowość

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

 ulica nr domu nr mieszkania

6. Adres do korespondencji - .......................................................................

 kod miejscowość

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

 ulica nr domu nr mieszkania

 Nr telefonu .............................. ................................ .....................................

 praca dom tel. komórkowy

7. Wykształcenie zawodowe ................................................ rok ukończenia szkoły ..................

8. Nazwa i adres szkoły ...............................................................................................................

9. Rok uzyskania dyplomu pielęgniarki/położnej\* .....................................................................

10. Numer i rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej\*

................................................... wydane przez ...........................................................................

11. Nazwa i adres zakładu pracy oraz zajmowane stanowisko

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

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

12. Staż pracy w zawodzie ................, na stanowisku związanym ze specjalizacją ....................

13. Odbyte szkolenia podyplomowe ............................................................................................

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

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

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

14. Poświadczenie o płaceniu składek do OIPiP (dotyczy tylko nauczycieli zawodu).

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

 podpis i pieczęć zakładu pracy

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

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

 miejscowość, data podpis kandydata

\* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć:

dokumenty potwierdzające staż pracy w zawodzie: specjalizacja – min. 2 lata

kurs kwalifikacyjny – min. 1 rok, kurs specjalistyczny i dokształcający – min. 3 m-ce

skierowanie pracodawcy, jeśli kandydat odbywa szkolenie na jego wniosek

kserokopie zaświadczeń o odbytych kursach podyplomowych

kserokopie dyplomu pielęgniarki lub położnej oraz aktualne prawo wykonywania zawodu

1. w Części Iwypełnić odpowiednio pkt. A **albo** pkt. B, [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy sytuacji gdy osoba składająca oświadczenie, odbywała specjalizację w ramach miejsca dofinansowanego
ze środków publicznych i ukończyła szkolenie **albo** przerwała i nie ukończyła szkolenia (jako datę zakończenia szkolenia należy wówczas wpisać datę rezygnacji ze szkolenia) **albo** trzykrotnie nie zdała egzaminu państwowego [↑](#footnote-ref-2)