Numer karty…….

KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY

……..

(zawód medyczny)

Wojewoda Mazowiecki

(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: 01.01.202… r.

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 1890), lub

☐ dokumentów, o których mowa w art. 7 ust. 10 lub ust. 12 albo art. 12 ust. 2 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 okresie edukacyjnym:

od ..... roku do .....roku.

……

(podpis właściwego wojewody)

* Właściwe zaznaczyć.

** Niewłaściwe skreślić.