

Numer karty.....

(NALEŻY WPISAĆ: **NUMER WPISU** W REJESTRZE OSÓB UPRAWNIONYCH
DO WYKONYWANIA ZAWODU MEDYCZNEGO)

KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY

.....

(nazwa zawodu)

Wojewoda Opolski

(wojewoda wydający kartę ustawicznego rozwoju zawodowego)

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia:

Indywidualny identyfikator wpisu:

Nazwa i miejsce wykonywania zawodu medycznego:

.....

.....

Okres edukacyjny rozpoczął dnia: 01.01.2025 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.