

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 1 sierpnia 2003 r.

**w sprawie wzoru wniosku o udzielenie zezwolenia na prowadzenie kształcenia podyplomowego  
pielęgniarek i położnych**

Na podstawie art. 10h ust. 4 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969 oraz z 2003 r. Nr 109, poz. 1029) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Ustala się wzór wniosku o udzielenie zezwolenia na prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833).

Minister Zdrowia: *L. Sikorski*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 1 sierpnia 2003 r. (poz. 1532)

WZÓR

.....  
(data złożenia wniosku w Okręgowej Radzie Pielęgniarek  
i Położnych albo Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych)

(pieczętka Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych albo Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych)

**Wniosek o udzielenie zezwolenia  
na prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych**

**1. Oznaczenie wnioskodawcy**

.....  
.....  
(pełna nazwa wnioskodawcy)

**2. Miejsce zamieszkania lub siedziba**

.....  
(ulica, nr) (kod pocztowy) (miejscowość)

tel.: ..... fax: ..... e-mail: .....

**3. Forma organizacyjno-prawna wnioskodawcy**

.....

**4. Rodzaj kształcenia**

- Szkolenie specjalizacyjne  Kurs kwalifikacyjny  
 Kurs specjalistyczny  Kurs doształcający

**5. Dziedzina pielęgniarstwa lub dziedzina mająca zastosowanie w ochronie zdrowia,  
w której ma być prowadzone kształcenie**

.....

**6. Tryb kształcenia**

- Dzienny  Zaoczny  
 Wieczorowy  Mieszany

**7. Informacje o miejscu prowadzenia kształcenia**

Miejsce odbywania zajęć teoretycznych (*nazwa i adres placówki, w której będą realizowane zajęcia teoretyczne*):

1. ....
2. ....
3. ....

Miejsce odbywania szkolenia praktycznego (*nazwa i adres placówki, w której będzie realizowane szkolenie praktyczne*):

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

## 8. Zobowiązanie

Działając w imieniu / imieniu własnym\*

.....  
(nazwa wnioskodawcy)

oświadczam, iż zobowiązuję się do spełnienia warunków niezbędnych do pełnej realizacji programu kształcenia, w tym zapewnienia kadry dydaktycznej oraz bazy dydaktycznej i warunków organizacyjnych właściwych dla programu kształcenia *specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego, kursu dokształcającego* w dziedzinie/zakresie\*:

.....  
realizowanego w trybie.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

### Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Program kształcenia.
3. Informacje o kadrze dydaktycznej realizującej program kształcenia.
4. Informacje o bazie dydaktycznej pozwalającej na realizację programu kształcenia.
5. Regulamin organizacyjny kształcenia.
6. Informacje o wewnętrznym systemie monitorowania jakości kształcenia.

---

\* Niepotrzebne skreślić.

**INFORMACJE O BAZIE DYDAKTYCZNEJ****1. Liczba sal wykładowych**

Sale		Liczba miejsc siedzących
Własne		
Wynajmowane		
Ogółem		

**2. Liczba sal warsztatowych**

Sale		Liczba miejsc siedzących
Własne		
Wynajmowane		
Ogółem		

**3. Wyposażenie bazy dydaktycznej (liczba)**

	Wyposażenie własne	Wyposażenie wynajmowane	Ogółem
komputer			
rzutnik pisma			
wideoprojektor			
telewizor			
odtwarzacz wideo			
magnetofon			
kamera			
tablica			
ekran			
kserokopiarka			
fantomy			
inne (wymienić jakie)			

**INFORMACJE O KADRZE DYDAKTYCZNEJ**  
realizującej zajęcia teoretyczne

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł naukowy/zawodowy	Staż pracy		Aktualne miejsce zatrudnienia	Liczba realizowanych godzin	Realizowany moduł /jednostka modułowa <sup>1)</sup>
			ogółem	w dziedzinie będącej przedmiotem kształcenia			
<b>Kierownik specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego, kursu doształcającego*</b>							
<b>Miejsce konsultacji kierownika</b>							
Adres .....							
Dni tygodnia .....							
Godziny konsultacji .....							
<b>Wykładowcy bloku ogólnozawodowego:</b>							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł naukowy/zawodowy	Szczyt pracy		Aktualne miejsce zatrudnienia	Liczba realizowanych godzin	Realizowany moduł/jednostki modułowe <sup>1)</sup>
			ogółem	w danej dziedzinie			
<b>Wykładowcy bloku specjalistycznego/ wykładowcy kursu specjalistycznego* :</b>							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

<sup>1)</sup> Wpisać numer modułu i kolejne numery jednostek modułowych realizowanych przez wykładowcę (np. 1/3, 4, 5), o których mowa w art. 10e ust 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej.  
\* Niepotrzebne skreślić.

