

Warszawa, dnia 29 października 2019 r.

Poz. 2069

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

z dnia 11 października 2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych**

Na podstawie art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, 577, 1490 i 1590) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761 oraz z 2019 r. poz. 1693) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w załącznikach nr 1, 7, 10 i 13 do rozporządzenia skreśla się wyrazy „(podpis wnioskodawcy) (dotyczy postaci papierowej)”;
- 2) w załączniku nr 2 do rozporządzenia w części B wyrazy „(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)” zastępuje się wyrazami „podpis i pieczęć, nadruk lub naklejka organizatora kształcenia podyplomowego zawierające nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)”;
- 3) załącznik nr 3 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 4) w załączniku nr 4 do rozporządzenia po wyrazach „w załączeniu” pkt 2–4 otrzymują brzmienie:
  - „2) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub elektroniczna kopia tego dokumentu<sup>8)</sup>;
  - 3) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w całości lub elektroniczna kopia tego dokumentu<sup>9)</sup>;
  - 4) dokument potwierdzający wniesienie opłaty za egzamin państwowy lub elektroniczna kopia tego dokumentu.”;
- 5) załącznik nr 8 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
- 6) w załącznikach nr 9, 12 i 14 do rozporządzenia wyrazy „pieczęć organizatora kształcenia podyplomowego” zastępuje się wyrazami „pieczęć, nadruk lub naklejka organizatora kształcenia podyplomowego zawierające nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP)”;
- 7) załącznik nr 11 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

**§ 2.** Dokumentacja przebiegu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, której wzory stanowią załączniki nr 1–4 i 7–14 do rozporządzenia zmienianego w § 1, wydana na podstawie przepisów dotychczasowych zachowuje ważność.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *wz. J. Cieszyński*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 11 października 2019 r. (poz. 2069)

## Załącznik nr 1

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

## Karta specjalizacji nr .....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce urodzenia .....

4. Obywatelstwo .....

5. PESEL<sup>1)</sup> .....

6. Adres do korespondencji - .....

(kod)

(miejscowość)

.....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....

7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>

pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/  
położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie<sup>5)</sup>

średnie zawodowe

licencjat pielęgniarstwa  licencjat położnictwa  licencjat w innej dziedzinie

magister pielęgniarstwa  magister położnictwa  magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora  stopień naukowy doktora habilitowanego

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....  
.....

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

13. Data rozpoczęcia specjalizacji .....

14. Kierownik specjalizacji .....

(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego:

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/ nie zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

## 16. Przebieg szkolenia praktycznego:

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od – do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
Razem liczba godzin					

Szkolenie praktyczne – zaliczono/ nie zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

## 17. Informacje organizatora kształcenia dotyczące zaliczenia, zwolnienia z odbywania wybranych modułów, jednostek modułowych, szkolenia praktycznego:

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

.....  
 (miejsowość, data)



## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

## Karta kursu kwalifikacyjnego nr .....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL<sup>1)</sup> .....
6. Adres do korespondencji   –     .....
- (kod) (miejscowość)
- .....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)
- nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....
7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>  
pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/  
położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....
- (rok wydania)
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
10. Wykształcenie<sup>5)</sup>  
średnie zawodowe   
licencjat pielęgniarstwa  licencjat położnictwa  licencjat w innej dziedzinie   
magister pielęgniarstwa  magister położnictwa  magister w innej dziedzinie   
stopień naukowy doktora  stopień naukowy doktora habilitowanego
11. Nazwa i adres miejsca pracy  
.....  
.....

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

13. Data rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego .....

14. Kierownik kursu kwalifikacyjnego .....

(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego:

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/ nie zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)





17. Informacje organizatora kształcenia dotyczące zaliczenia, zwolnienia z odbywania wybranych modułów, jednostek modułowych, szkolenia praktycznego:

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

.....  
(miejsowość, data)

Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono<sup>4)</sup> .....  
(data)

18. Ukończyła/ukończył kurs kwalifikacyjny w dziedzinie .....

.....  
.....  
prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym<sup>4)</sup>, zorganizowany przez .....

.....  
(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....  
(data)

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Karta kursu specjalistycznego nr .....**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL<sup>1)</sup> .....
6. Adres do korespondencji   -     .....

(kod) (miejscowość)

.....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....

7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>  
pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/  
położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
10. Wykształcenie<sup>5)</sup>  
średnie zawodowe   
licencjat pielęgniarstwa  licencjat położnictwa  licencjat w innej dziedzinie   
magister pielęgniarstwa  magister położnictwa  magister w innej dziedzinie   
stopień naukowy doktora  stopień naukowy doktora habilitowanego
11. Nazwa i adres miejsca pracy  
.....  
.....

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć znakiem „x” posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć znakiem „x” posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

13. Data rozpoczęcia kursu specjalistycznego .....

14. Kierownik kursu specjalistycznego .....

(imię i nazwisko)

15. Przebieg szkolenia teoretycznego:

Lp.	Nazwa modułu	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis osoby dokonującej zaliczenia
Razem liczba godzin				

Szkolenie teoretyczne – zaliczono/ nie zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

## 16. Przebieg szkolenia praktycznego:

Lp.	Nazwa placówki stażowej	Okres szkolenia praktycznego od – do	Liczba godzin	Data zaliczenia	Podpis opiekuna szkolenia praktycznego
Razem liczba godzin					

Szkolenie praktyczne – zaliczono/ nie zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/ nie zaliczono<sup>4)</sup> .....

(data)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny .....

(nazwa kursu)

.....  
 prowadzony w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym<sup>4)</sup>, zorganizowany przez

.....  
 (nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....  
 (data)