Numer karty …………………………

(  *numer wpisu do rejestru* )

**KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY**

*………………………………………………………………………………………….*

(*nazwa zawodu)*

**Wojewoda Podkarpacki**

(*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: | *01.01.2025 r.* |

# 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: ……………………………………………….

# 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Potwierdzenie odbycia |  |
| Forma ustawicznego rozwoju zawodowego | ustawicznego rozwoju  zawodowego przez osobę wykonującą zawód | Liczba punktów  edukacyjnych |
|  | medyczny (podpis) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Liczba punktów edukacyjnych: ……………………………………………….

# 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.