

Numer karty - numer wpisu z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (krótszy)

(numer wpisu do rejestru)

KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD MEDYCZNY

np. Elektroradiolog

(nazwa zawodu)

Wojewoda Podkarpacki

(wojewoda wydający kartę ustawicznego rozwoju zawodowego)

Imię (imiona) i nazwisko:	<i>Anna Nowak</i>
Data urodzenia:	<i>01.01.2000</i>
Indywidualny identyfikator wpisu:	<i>0123456789 (10 cyfrowy numer z Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego)</i>
Nazwa i miejsce wykonywania zawodu medycznego:	<i>NZOZ</i>
Okres edukacyjny rozpoczęty dnia:	<i>1 stycznia roku następującego po roku, w którym osoba wykonująca zawód medyczny uzyskała wpis do rejestru (np. jeżeli uzyskała wpis w 2024 r. – okres edukacyjny rozpoczął się 01.01.2025 r., jeżeli uzyskała wpis w 2025 r. – okres edukacyjny rozpoczął się 01.01.2026 r.)</i>

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.