

**Minister Zdrowia  
za pośrednictwem  
Dyrektora  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych**

**WNIOSEK**

o zwolnienie przez Ministra Zdrowia pielęgniarki, położnej<sup>1</sup> z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości<sup>1</sup> zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016r., w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761 oraz 2019r. poz.1693 i poz. 2069).

Wnoszę o uznanie mojego dotychczasowego dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu specjalizacji w dziedzinie<sup>2</sup>:

.....  
i zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części<sup>3</sup> lub całości<sup>1</sup>

*Wypełnić w przypadku wnioskowania o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części:*

*Nazwy modułów:*.....  
.....  
.....  
.....

*Nazwy placówek stażowych ze wskazaniem modułu:*.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**DANE OSOBOWE:**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce urodzenia .....

4. Obywatelstwo .....

5. Numer PESEL .....

6. Adres do korespondencji:

.....  
kod pocztowy

.....  
miejscowość

.....  
ulica

.....  
nr domu

.....  
nr mieszkania

.....  
telefon

.....  
e-mail

7. Tytuł zawodowy .....

<sup>1</sup> właściwe podkreślić

<sup>2</sup> wskazana dziedzina specjalizacji powinna być zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562)

<sup>3</sup> w przypadku gdy wnioskodawca ubiega się o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części należy wskazać moduły, placówki stażowe programu kształcenia w przedmiotowej dziedzinie, które stanowią wnioskowany zakres zwolnienia.

**/w załączeniu kopia dyplomu potwierdzona za zgodność z oryginałem/**

8. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej<sup>1</sup> .....
9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej<sup>1</sup> wydane przez.....

**/w załączeniu kopia Zaświadczenia potwierdzona za zgodność z oryginałem/**

8. Miejsce pracy .....
- .....
- .....

**(nazwa jednostki organizacyjnej, adres, stanowisko)**

**DOROBEK NAUKOWY:**

9. Posiadany stopień naukowy:

- 1) stopień doktora.....  
**/podać dziedzinę nauki i zakres danej dyscypliny naukowej/**  
nadany przez ..... w dniu .....  
**/w załączeniu kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem/**  
tytuł pracy doktorskiej .....

- 2) stopień doktora habilitowanego.....  
**/podać dziedzinę nauki i zakres danej dyscypliny naukowej/**  
nadany uchwałą ..... z dnia .....  
**/w załączeniu kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem/**  
tytuł pracy habilitacyjnej .....

10. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data i nr dyplomu, nazwa podmiotu wydającego)

**/w załączeniu kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem/**

1. ....
- .....

11. Inne formy kształcenia zawodowego:

L.p.	Rodzaj kształcenia	Zakres/nazwa/temat odbytego kształcenia	Termin i miejsce kształcenia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

12. **Wykaz publikacji z uwzględnieniem dziedziny specjalizacji z której wnioskodawca ubiega się o zwolnienie.** Przygotowany wykaz publikacji powinien zawierać: liczbę prac z podaniem łącznej punktacji Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego i punktacji na liście filadelfijskiej (IF) oraz wykaz opracowanych rozdziałów w książkach lub red. książek tematycznie związanych z daną specjalizacją. Przygotowany wykaz publikacji powinien być potwierdzony przez Bibliotekę.

**13. DOROBEK ZAWODOWY:**

Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej z opisem charakteru wykonywanej pracy

Okres	Miejsce pracy uczelnia/oddział/przychodnia	Szczegółowy opis wykonywanych zadań <sup>4</sup>	Stanowisko

14. Przynależność do towarzystw naukowych (nazwa towarzystwa naukowego, od kiedy - rok, pełnione funkcje):

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

Proszę o uznanie mojego dorobku naukowego i zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem przeze mnie programu specjalizacji w dziedzinie .....  
 ..... i zwolnienie mnie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości<sup>1</sup>

.....  
 (data)

.....  
 (podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

<sup>4</sup> W przypadku realizacji zajęć dydaktycznych (wykłady, ćwiczenia, zajęcia stażowe) należy podać zakres realizowanych zadań

## Oświadczenie

Oświadczam, że w związku ze złożonym wnioskiem o zwolnienie przez Ministra Zdrowia z obowiązku odbywania specjalizacji, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016r., w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761 oraz z 2019r. poz. 1693 i poz. 2069), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum, Zespół opiniujący oraz Ministerstwo Zdrowia, danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załącznikach załączonych do wniosku, w celach związanych z przeprowadzaniem prac, o których mowa w § 5 ww. rozporządzenia.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### Klauzula informacyjna, zgodna z RODO

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oświadcza, że w zakresie realizacji zadań ustawowych oraz statutowych jest administratorem danych osobowych udostępnionych w złożonym wniosku o zwolnienie przez Ministra Zdrowia z obowiązku odbywania specjalizacji.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/ Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do administratora danych osobowych, funkcjonującego na podstawie obowiązujących przepisów prawa krajowego.

Dane udostępniane przez Panią/Pana będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim na podstawie umowy powierzenia. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa (Ministerstwo Zdrowia).

Szczegółowe informacje we wskazanym zakresie dostępne są na stronie internetowej Centrum [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl) w zakładce Dane Osobowe.

.....  
Nazwa organizatora kształcenia realizującego szkolenie specjalizacyjne

**Merytoryczna opinia kierownika szkolenia specjalizacyjnego:**

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis kierownika specjalizacji)