

Warszawa, dnia 26 października 2016 r.

Poz. 1761

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

z dnia 30 września 2016 r.

**w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych**

Na podstawie art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 i 1579) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) szczególne warunki i tryb organizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, w tym:
  - a) warunki i tryb przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego,
  - b) czas trwania kształcenia,
  - c) wzory dokumentacji przebiegu kształcenia,
  - d) tryb zwolnienia z obowiązku odbywania szkolenia specjalizacyjnego, zwanego dalej „specjalizacją”, w części lub całości;
- 2) warunki i tryb przeprowadzania egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 67 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa, zwanej dalej „ustawą”, w tym:
  - a) terminy przeprowadzania egzaminu państwowego,
  - b) kwalifikacje i liczbę członków państwowej komisji egzaminacyjnej oraz jej zadania;
- 3) wysokość wynagrodzenia członków państwowej komisji egzaminacyjnej, o którym mowa w art. 67 ust. 6 ustawy;
- 4) wysokość opłaty za egzamin państwowy, o której mowa w art. 67 ust. 7 ustawy;
- 5) warunki i tryb przeprowadzania egzaminu po kursie kwalifikacyjnym i kursie specjalistycznym, w tym kwalifikacje członków komisji egzaminacyjnej;
- 6) wzór dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty oraz wzór zaświadczeń potwierdzających ukończenie kursu specjalistycznego, kursu kwalifikacyjnego i kursu doszkalcącego.

**§ 2.** Pielęgniarka lub położna ubiegające się o rozpoczęcie specjalizacji składają wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

**§ 3. 1.** W celu zakwalifikowania pielęgniarstwa lub położnictwa do specjalizacji organizator kształcenia powołuje komisję kwalifikacyjną, która przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

2. W skład komisji kwalifikacyjnej wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik specjalizacji, o którym mowa w § 6 ust. 1, jako przewodniczący;
- 2) przedstawiciel właściwego dla danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny pokrewnej stowarzyszenia zawodowego lub towarzystwa naukowego pielęgniarek i położnych.

3. Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:

- 1) ocenę, na podstawie przedstawionej dokumentacji, czy pielęgniarka lub położna ubiegające się o zakwalifikowanie do specjalizacji spełniają wymogi formalne;
- 2) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w przypadkach, o których mowa w ust. 4 i 5;
- 3) sporządzenie protokołu z postępowania kwalifikacyjnego.

4. W przypadku gdy liczba pielęgniarek lub położnych ubiegających się o zakwalifikowanie do specjalizacji jest większa niż liczba miejsc określona przez organizatora kształcenia, komisja kwalifikacyjna przeprowadza egzamin wstępny w formie pisemnej.

5. W przypadku gdy specjalizacja jest dofinansowana ze środków publicznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przeprowadzenie egzaminu wstępnego w formie pisemnej jest obowiązkowe niezależnie od liczby pielęgniarek lub położnych ubiegających się o zakwalifikowanie do specjalizacji.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, w skład komisji kwalifikacyjnej wchodzi także właściwy dla danego województwa konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa zgodnej z dziedziną specjalizacji, w ramach której jest prowadzone postępowanie kwalifikacyjne, lub w przypadku braku konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa właściwej dla dziedziny specjalizacji – konsultant wojewódzki w pokrewnej dziedzinie pielęgniarstwa lub konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa.

7. Organizator kształcenia może przeprowadzić uzupełniające postępowanie kwalifikacyjne w przypadku, gdy liczba osób zakwalifikowanych do specjalizacji jest mniejsza niż liczba miejsc określona przez niego w regulaminie organizacyjnym, oraz pod warunkiem, że:

- 1) nie rozpoczął realizacji programu specjalizacji albo
- 2) zrealizował program specjalizacji w wymiarze nie większym niż 10% ogólnego wymiaru godzinowego określonego w programie specjalizacji.

8. Postępowanie uzupełniające przeprowadza się z uwzględnieniem wymagań określonych w ust. 2–6.

**§ 4. 1.** Czas trwania specjalizacji obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu specjalizacji, nie krótszy niż 15 miesięcy i nie dłuższy niż 20 miesięcy.

2. Organizator kształcenia, na wniosek pielęgniarki lub położnej, może zaliczyć moduły, wybrane jednostki modułowe i szkolenie praktyczne i zwolnić z obowiązku ich odbywania, jeżeli pielęgniarka lub położna ukończyła:

- 1) szkolenie za granicą, w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji, trwające co najmniej 3 miesiące;
- 2) specjalizację i posiada tytuł specjalisty w innej dziedzinie pielęgniarstwa objętej programem specjalizacji lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 3) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie objętej programem specjalizacji – w wymiarze nie większym niż określony w programie kształcenia dla tego rodzaju kursu;
- 4) kurs specjalistyczny w zakresie objętym programem specjalizacji – w wymiarze nie większym niż określony w programie kształcenia dla tego rodzaju kursu;
- 5) studia podyplomowe w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji.

3. Organizator kształcenia, na wniosek pielęgniarki lub położnej, może również zaliczyć część szkolenia praktycznego i zwolnić pielęgniarkę lub położną z obowiązku jego odbywania w przypadku, gdy pielęgniarka lub położna posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie objętej programem specjalizacji i jest aktualnie zatrudniona w komórce organizacyjnej o profilu zgodnym ze stażem określonym w programie kształcenia.

4. Zaliczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2–4, może dotyczyć modułów, wybranych jednostek modułowych i szkolenia praktycznego, zrealizowanych w ramach specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych po dniu 1 lipca 1999 r.

5. W celu uzyskania zaliczeń, o których mowa w ust. 2 i 3, pielęgniarka lub położna składają do organizatora kształcenia wnioski, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

6. Organizator kształcenia może zaliczyć pielęgniarkę lub położną, które przerwały specjalizację i ponownie do niej przystąpiły, zrealizowane i zaliczone poprzednio moduły i szkolenie praktyczne na podstawie przedłożonej karty specjalizacji, jeżeli przerwa w odbywaniu specjalizacji jest nie dłuższa niż 5 lat.

7. Przed podjęciem decyzji w sprawie zaliczenia pielęgniarki lub położnej zajęć, o których mowa w ust. 2, organizator kształcenia zasięga merytorycznej opinii kierownika specjalizacji, o którym mowa w § 6 ust. 1.

**§ 5. 1.** Pielęgniarka lub położna, o których mowa w art. 67 ust. 3 ustawy, składają wniosek w sprawie zwolnienia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości wraz z merytoryczną opinią kierownika specjalizacji do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, zwanego dalej „Centrum”.

2. Dyrektor Centrum dołącza do wniosku merytoryczną opinię powołanego przez siebie zespołu. W skład zespołu wchodzi:

- 1) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, właściwej dla dziedziny specjalizacji, w ramach której pielęgniarka lub położna ubiegają się o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości, albo konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa;
- 2) przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 3) maksymalnie dwóch pracowników naukowych szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych posiadających tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego lub doktora.

3. Liczba członków zespołu nie może być mniejsza niż 3 osoby.

4. Pielęgniarka lub położna, o których mowa w art. 67 ust. 3 ustawy, mogą także zostać zwolnione przez komisję kwalifikacyjną z egzaminu wstępnego, o którym mowa w § 3 ust. 4 i 5.

**§ 6. 1.** Organizator kształcenia wyznacza kierownika specjalizacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

2. Kierownikiem specjalizacji może być pielęgniarka lub położna, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem specjalizacji;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem specjalizacji i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem specjalizacji i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji.

3. W dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty, kierownika specjalizacji wyznacza organizator kształcenia po uzgodnieniu z dyrektorem Centrum.

**§ 7. 1.** Do obowiązków kierownika specjalizacji należy:

- 1) opracowanie harmonogramu kształcenia podyplomowego;
- 2) zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji w ramach szkolenia praktycznego;

- 3) ocenianie przygotowanych przez pielęgniarkę lub położną opracowań teoretycznych przewidzianych w programie specjalizacji;
- 4) organizowanie zaliczeń przewidzianych w programie specjalizacji;
- 5) dokonanie zaliczenia szkolenia teoretycznego i praktycznego w karcie specjalizacji;
- 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji i prowadzeniem dokumentacji kształcenia.

2. Kierownik specjalizacji, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić inną pielęgniarkę lub położną, spełniającą co najmniej jeden z warunków określonych w § 6 ust. 2, do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.

**§ 8.** 1. Pielęgniarka lub położna zakwalifikowana do specjalizacji organizator kształcenia wydaje kartę specjalizacji, której wzór jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Karta specjalizacji z wymaganymi wpisami oraz potwierdzeniami i zaliczeniami stanowi dowód ukończenia specjalizacji.

**§ 9.** Organizator kształcenia, przed zaliczeniem specjalizacji, potwierdza w karcie specjalizacji, że uczestnik szkolenia specjalizacyjnego posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego.

**§ 10.** 1. Do egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 67 ust. 2 ustawy, mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

- 1) ukończyły specjalizację albo zostały zwolnione z obowiązku jej odbywania w całości na podstawie art. 67 ust. 3 ustawy;
- 2) złożyły do państwowej komisji egzaminacyjnej, za pośrednictwem dyrektora Centrum, wniosek o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, wraz z kartą specjalizacji lub dokumentem potwierdzającym zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości;
- 3) złożyły do państwowej komisji egzaminacyjnej dokument potwierdzający wniesienie opłaty za egzamin państwowy na rachunek bankowy wskazany przez Centrum.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, składa się do Centrum do dnia 31 maja albo do dnia 31 października.

**§ 11.** Wysokość opłaty za egzamin państwowy, o której mowa w art. 67 ust. 7 ustawy, wynosi 170 zł.

**§ 12.** 1. Egzamin państwowy jest przeprowadzany w formie pisemnej.

2. Zadania egzaminacyjne są przygotowywane, przechowywane oraz przekazywane w sposób uniemożliwiający ich nieuprawnione ujawnienie.

3. Egzamin państwowy jest przeprowadzany zgodnie z regulaminem egzaminu państwowego opracowanym przez dyrektora Centrum i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Regulamin egzaminu państwowego dyrektor Centrum podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centrum.

**§ 13.** 1. Egzamin państwowy jest przeprowadzany w sesji wiosennej w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 maja oraz w sesji jesiennej w terminie od dnia 1 września do dnia 30 listopada.

2. Dyrektor Centrum każdorazowo ustala datę i miejsce egzaminu państwowego.

3. Centrum powiadamia pielęgniarkę lub położną o dacie i miejscu egzaminu państwowego nie później niż na 30 dni przed datą egzaminu państwowego.

**§ 14.** 1. Dyrektor Centrum ustala plan egzaminów państwowych przeprowadzanych w danym roku dla poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa lub dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

2. Organizator kształcenia powiadamia Centrum o terminie zakończenia specjalizacji przypadającym w roku następnym oraz liczbie uczestników tej specjalizacji nie później niż na 12 miesięcy przed jej zakończeniem.

3. Plan egzaminów państwowych przeprowadzanych w kolejnym roku Centrum podaje do wiadomości na stronie internetowej Centrum do dnia 31 grudnia.

4. Egzamin państwowy dla danej dziedziny jest przeprowadzany, jeżeli przystępuje do niego nie mniej niż 20 pielęgniarek lub położnych.

5. Za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek dyrektora Centrum, egzamin państwowy może być przeprowadzony dla mniejszej liczby pielęgniarek lub położnych.

**§ 15. 1.** W skład państwowej komisji egzaminacyjnej wchodzi:

- 1) pielęgniarki lub położne, które posiadają następujące kwalifikacje:
  - a) tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia będącej przedmiotem egzaminu państwowego lub
  - b) tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia będącej przedmiotem egzaminu państwowego oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie zgodnej z dziedziną specjalizacji będącej przedmiotem egzaminu państwowego, lub
  - c) tytuł magistra w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pięcioletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem egzaminu państwowego oraz aktualne zatrudnienie w dziedzinie będącej przedmiotem egzaminu państwowego, lub
  - d) stopień naukowy doktora, doktora habilitowanego lub tytuł naukowy profesora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie zgodnej z dziedziną specjalizacji będącej przedmiotem egzaminu państwowego;
- 2) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie pielęgniarstwa właściwej dla dziedziny będącej przedmiotem egzaminu państwowego lub w dziedzinie pokrewnej albo lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej dziedzinie pielęgniarstwa będącej przedmiotem specjalizacji lub w dziedzinie pokrewnej albo w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zatrudniony zgodnie z dziedziną uzyskanej specjalizacji; lekarz jest powoływany w szczególności spośród osób wskazanych przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek dyrektora Centrum, powołuje członków państwowej komisji egzaminacyjnej, w tym wyznacza jej przewodniczącego.

3. Liczba członków państwowej komisji egzaminacyjnej wynosi odpowiednio:

- 1) 4 – dla grupy liczącej do 125 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 2) 6 – dla grupy liczącej od 126 do 250 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 3) 8 – dla grupy liczącej od 251 do 375 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 4) 10 – dla grupy liczącej od 376 do 500 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 5) 12 – dla grupy liczącej od 501 do 625 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 6) 14 – dla grupy liczącej od 626 do 750 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 7) 15 – dla grupy liczącej więcej niż 750 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, na uzasadniony wniosek dyrektora Centrum, może wyrazić zgodę na zwiększenie liczby członków państwowej komisji egzaminacyjnej, o której mowa w ust. 3, o jedną osobę.

5. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przeprowadzenie egzaminu państwowego przez państwową komisję egzaminacyjną składającą się z liczby członków, o której mowa w ust. 3 i 4, dyrektor Centrum może podjąć decyzję o przeprowadzeniu egzaminu państwowego przez mniejszą liczbę członków państwowej komisji egzaminacyjnej, mając na uwadze, że liczba członków tej komisji nie może być mniejsza niż:

- 1) 3 – dla grupy liczącej do 500 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 2) 5 – dla grupy liczącej więcej niż 500 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego.

6. Na pierwszym posiedzeniu państwowej komisji egzaminacyjnej przewodniczący wyznacza spośród jej członków swojego zastępcę oraz sekretarza.

7. W skład państwowej komisji egzaminacyjnej nie mogą wchodzić:

- 1) osoby, które uczestniczyły w procesie dydaktycznym szkoleń specjalizacyjnych będących przedmiotem egzaminu państwowego;
- 2) pracownicy urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz pracownicy Centrum;
- 3) małżonek lub krewny lub powinowaty do drugiego stopnia pielęgniarki lub położnej przystępującej do egzaminu państwowego;
- 4) osoby pozostające z pielęgniarką lub położną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do ich bezstronności.

8. Przewodniczący oraz pozostali członkowie państwowej komisji egzaminacyjnej składają oświadczenie dotyczące okoliczności, o których mowa w ust. 7.

**§ 16. 1.** Do zadań państwowej komisji egzaminacyjnej należy:

- 1) podejmowanie decyzji o zakwalifikowaniu pielęgniarki lub położnej do egzaminu państwowego;
- 2) wybór, weryfikacja i zatwierdzenie zadań egzaminacyjnych;
- 3) przeprowadzenie egzaminu państwowego, zapewnienie jego prawidłowego przebiegu oraz dokonanie oceny wyników egzaminu państwowego;
- 4) sporządzenie protokołu z egzaminu państwowego i przekazanie go do Centrum wraz z pozostałą dokumentacją związaną z przeprowadzonym egzaminem państwowym;
- 5) ustosunkowanie się do wniosków i uwag uczestników egzaminu państwowego.

2. Szczegółowe warunki i tryb pracy państwowej komisji egzaminacyjnej określa regulamin, o którym mowa w § 12 ust. 3.

**§ 17.** W przypadku nieprzystąpienia do egzaminu państwowego w wyznaczonym terminie pielęgniarka lub położna mogą przystąpić do tego egzaminu w innym wyznaczonym terminie, w którym będzie przeprowadzany egzamin państwowy dla danej dziedziny, po złożeniu do państwowej komisji egzaminacyjnej wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, oraz dokumentu potwierdzającego wniesienie opłaty za egzamin państwowy w wysokości określonej w § 11 na rachunek bankowy wskazany przez dyrektora Centrum w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 2.

**§ 18.** W przypadku niezyskania pozytywnego wyniku egzaminu państwowego pielęgniarka lub położna mogą przystąpić do egzaminu państwowego w innym wyznaczonym terminie, w którym będzie przeprowadzany egzamin państwowy dla danej dziedziny, po złożeniu do państwowej komisji egzaminacyjnej wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, oraz dokumentu potwierdzającego wniesienie opłaty za egzamin państwowy w wysokości określonej w § 11 na rachunek bankowy wskazany przez dyrektora Centrum w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 2.

**§ 19. 1.** Państwowa komisja egzaminacyjna może unieważnić egzamin państwowy z powodu naruszenia przepisów dotyczących jego przeprowadzania.

2. O unieważnieniu egzaminu państwowego państwowa komisja egzaminacyjna niezwłocznie zawiadamia ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora Centrum ze wskazaniem przyczyn unieważnienia.

3. Decyzję dotyczącą dalszego przeprowadzenia egzaminu podejmuje minister właściwy do spraw zdrowia.

**§ 20.** Pielęgniarsce, która złożyła egzamin państwowy z wynikiem pozytywnym, dyrektor Centrum wydaje dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki specjalisty, którego wzór jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia, a położnej, która złożyła egzamin państwowy z wynikiem pozytywnym – dyplom uzyskania tytułu położnej specjalisty, którego wzór jest określony w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

**§ 21.** Członkowie państwowej komisji egzaminacyjnej otrzymują wynagrodzenie za przeprowadzenie egzaminu państwowego w wysokości:

- 1) przewodniczący – 500 zł;

- 2) sekretarz – 350 zł;
- 3) pozostali członkowie – 300 zł.

§ 22. Pielęgniarka lub położna ubiegające się o rozpoczęcie kursu kwalifikacyjnego składają wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

§ 23. 1. W celu zakwalifikowania pielęgniarki lub położnej do kursu kwalifikacyjnego organizator kształcenia powołuje komisję kwalifikacyjną, która przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne.

2. W skład komisji kwalifikacyjnej wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik kursu jako przewodniczący;
- 2) przedstawiciel stowarzyszenia zawodowego lub towarzystwa naukowego pielęgniarek i położnych właściwego dla danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny pokrewnej.

3. Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:

- 1) ocenę, na podstawie przedstawionej dokumentacji, czy pielęgniarka lub położna ubiegające się o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego spełniają wymogi formalne;
- 2) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w formie pisemnej w przypadku, gdy liczba pielęgniarek lub położnych ubiegających się o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego jest większa niż liczba miejsc określona przez organizatora kształcenia;
- 3) sporządzenie protokołu z postępowania kwalifikacyjnego.

§ 24. 1. Czas trwania kursu kwalifikacyjnego obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu tego kursu, nie dłuższy niż 6 miesięcy.

2. Organizator kształcenia podyplomowego, na wniosek pielęgniarki lub położnej, po zasięgnięciu merytorycznej opinii kierownika kursu kwalifikacyjnego, może zaliczyć wybrane moduły, wybrane jednostki modułowe i szkolenie praktyczne w wymiarze nie większym niż określony w programie dla tego rodzaju kursu i zwolnić pielęgniarkę lub położną z obowiązku ich odbywania, jeżeli zostały one zrealizowane w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych lub kursów specjalistycznych, zrealizowanych po dniu 1 lipca 1999 r.

3. W celu uzyskania zaliczeń, o których mowa w ust. 2, pielęgniarka lub położna składają do organizatora kształcenia wniosek, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 25. 1. Organizator kształcenia wyznacza kierownika kursu kwalifikacyjnego w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

2. Kierownikiem kursu kwalifikacyjnego może być pielęgniarka lub położna, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

3. W dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty, kierownika kursu kwalifikacyjnego wyznacza organizator kształcenia po uzgodnieniu z dyrektorem Centrum.

§ 26. 1. Do obowiązków kierownika kursu kwalifikacyjnego należy:

- 1) opracowanie harmonogramu kształcenia podyplomowego;
- 2) zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego;
- 3) ocenianie opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę lub położną;
- 4) organizowanie zaliczeń przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego;
- 5) dokonanie zaliczenia szkolenia teoretycznego i praktycznego w karcie kursu kwalifikacyjnego;
- 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem kursu i prowadzeniem dokumentacji kształcenia.

2. Kierownik kursu kwalifikacyjnego, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić inną pielęgniarkę lub położną spełniającą co najmniej jeden z warunków określonych w § 25 ust. 2 do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.

§ 27. 1. Pielęgniarsce lub położnej zakwalifikowanej do kursu kwalifikacyjnego organizator kształcenia wydaje na czas trwania tego kształcenia kartę kursu kwalifikacyjnego, której wzór jest określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia.

2. Karta kursu kwalifikacyjnego z wymaganymi wpisami i zaliczeniami stanowi dowód ukończenia kursu kwalifikacyjnego.

§ 28. 1. Warunkiem przystąpienia do egzaminu po kursie kwalifikacyjnym jest zaliczenie przez pielęgniarkę lub położną zajęć teoretycznych i szkolenia praktycznego przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego.

2. Egzamin po kursie kwalifikacyjnym jest przeprowadzany przez komisję egzaminacyjną powołaną przez organizatora kształcenia.

3. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik kursu kwalifikacyjnego jako przewodniczący;
- 2) przedstawiciel kadry dydaktycznej realizującej kurs kwalifikacyjny;
- 3) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce prowadzenia kształcenia podyplomowego, a w przypadku gdy organizatorem kształcenia jest okręgowa izba pielęgniarek i położnych, utworzona przez nią spółka handlowa, w której posiada ona udziały lub akcje, lub inny utworzony przez tę izbę podmiot – przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

4. Osoba, o której mowa w ust. 3 pkt 3, wchodząca w skład komisji egzaminacyjnej jest obowiązana spełniać co najmniej jeden z warunków określonych w § 25 ust. 2.

5. Pytania i zagadnienia egzaminacyjne są przygotowywane, przechowywane i przekazywane komisji egzaminacyjnej przez organizatora kształcenia w sposób uniemożliwiający ich nieuprawnione ujawnienie.

§ 29. 1. Pielęgniarka lub położna, która złożyła egzamin po kursie kwalifikacyjnym z wynikiem pozytywnym, otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego, którego wzór jest określony w załączniku nr 9 do rozporządzenia.

2. W przypadku niezyskania pozytywnego wyniku egzaminu po kursie kwalifikacyjnym pielęgniarka lub położna może ponownie przystąpić do egzaminu, w terminie wyznaczonym przez organizatora kształcenia, nie później jednak niż w terminie 18 miesięcy od dnia zaliczenia kursu kwalifikacyjnego.

§ 30. 1. Pielęgniarka lub położna ubiegające się o rozpoczęcie kursu specjalistycznego składają wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 10 do rozporządzenia.

2. Organizator kształcenia przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne, które obejmuje:

- 1) ocenę, na podstawie przedstawionej dokumentacji, czy pielęgniarka lub położna ubiegające się o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego spełniają wymogi formalne;
- 2) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w formie pisemnej w przypadku, gdy liczba pielęgniarek lub położnych, które chcą uczestniczyć w kursie specjalistycznym, jest większa niż liczba miejsc określona przez organizatora kształcenia;
- 3) sporządzenie protokołu z postępowania kwalifikacyjnego.



§ 31. 1. Pielęgniarka lub położna zakwalifikowanej do kursu specjalistycznego organizator kształcenia wydaje na czas trwania tego kształcenia kartę kursu specjalistycznego, której wzór jest określony w załączniku nr 11 do rozporządzenia.

2. Karta kursu specjalistycznego z wymaganymi wpisami i zaliczeniami stanowi dowód ukończenia kursu specjalistycznego.

§ 32. Czas trwania kursu specjalistycznego obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu tego kursu, nie dłuższy niż 3 miesiące.

§ 33. Do kursu specjalistycznego stosuje się odpowiednio przepisy § 25 i § 26.

§ 34. 1. Warunkiem przystąpienia do egzaminu po kursie specjalistycznym jest zaliczenie przez pielęgniarkę lub położną zajęć teoretycznych i szkolenia praktycznego przewidzianych w programie kursu specjalistycznego.

2. Do egzaminu po kursie specjalistycznym stosuje się odpowiednio przepisy § 28 ust. 2–5.

§ 35. 1. Pielęgniarka lub położna, która złożyła egzamin po kursie specjalistycznym z wynikiem pozytywnym, otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego, którego wzór jest określony w załączniku nr 12 do rozporządzenia.

2. W przypadku nieuzyskania pozytywnego wyniku egzaminu po kursie specjalistycznym pielęgniarka lub położna może ponownie przystąpić do egzaminu, w terminie wyznaczonym przez organizatora kształcenia, nie później jednak niż w terminie 18 miesięcy od dnia zaliczenia kursu specjalistycznego.

§ 36. 1. Pielęgniarka lub położna ubiegające się o rozpoczęcie kursu doksztalającego składają wniosek o zakwalifikowanie do kursu doksztalającego do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 13 do rozporządzenia.

2. Organizator kształcenia przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne, z którego sporządza protokół.

§ 37. 1. Do kursu doksztalającego stosuje się odpowiednio przepisy § 25 i § 26.

2. Pielęgniarka lub położna otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu doksztalającego, którego wzór jest określony w załączniku nr 14 do rozporządzenia.

§ 38. Pielęgniarki i położne, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne na podstawie programów kształcenia opracowanych na podstawie ramowych programów specjalizacji określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1922 oraz z 2007 r. poz. 708) i nie przystąpiły do egzaminu państwowego lub nie uzyskały pozytywnego wyniku z egzaminu państwowego, mogą ponownie przystąpić do egzaminu państwowego w innym wyznaczonym terminie, w którym będzie przeprowadzany egzamin państwowy dla danej dziedziny, jednak nie później niż do dnia 31 grudnia 2020 r., po złożeniu do państwowej komisji egzaminacyjnej wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, oraz dokumentu potwierdzającego wniesienie opłaty za egzamin państwowy na rachunek bankowy wskazany przez Centrum.

§ 39. 1. Dyplomy i zaświadczenia wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność.

2. Kształcenie podyplomowe rozpoczęte przed dniem wejścia w życie rozporządzenia jest kontynuowane na dotychczasowych zasadach.

§ 40. Od dnia uruchomienia Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 i 1579), w obszarze kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, dokumenty, o których mowa w § 2, § 4 ust. 5, § 8 ust. 1, § 10 ust. 1 pkt 2, § 22, § 24 ust. 3, § 27 ust. 1, § 30 ust. 1, § 31 ust. 1 i § 36 ust. 1, odnoszące się do kształcenia rozpoczętego od tego dnia, sporządza się w postaci elektronicznej.

§ 41. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2003 r. w sprawie wysokości opłaty wnoszonej przez pielęgniarkę, położną za egzamin państwowy (Dz. U. poz. 1863) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1923), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 i 1579).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 30 września 2016 r. (poz. 1761)

## Załącznik nr 1

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie .....**

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/pielęgniarsz  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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia  
.....
13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) ....., w tym w okresie ostatnich 5 lat .....
14. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji .....
15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

TAK NIE 

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji .....

16. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji)

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)

## WZÓR

**WNIOSEK**  
**o zaliczenie modułów, wybranych jednostek modułowych, szkolenia praktycznego**  
**specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego<sup>1)</sup> w dziedzinie**

.....  
 .....

Nazwa i adres organizatora kształcenia podyplomowego .....

.....  
 .....

**Część A (wypełnia wnioskodawca)**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce urodzenia .....

4. Obywatelstwo .....

5. PESEL<sup>2)</sup> .....

6. Adres do korespondencji 

--	--

 – 

--	--	--

 .....

(kod)

(miejscowość)

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

Numer telefonu<sup>3)</sup> ..... adres e-mail<sup>3)</sup> .....

7. Tytuł zawodowy<sup>4)</sup>

pielęgniarka/pielęgniarsz  położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/  
 położnego<sup>1)</sup> ..... wydane przez .....

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 

--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>2)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>3)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>4)</sup> Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

## 10. Przebieg pracy zawodowej (w ciągu ostatnich 5 lat)

Lp.	Nazwa zakładu pracy, adres	Okres zatrudnienia	Miejsce pracy (oddział, poradnia, inne)

## 11. Posiadany tytuł specjalisty

Lp.	Dziedzina specjalizacji	Numer oraz data i miejsce wydania dyplomu	Nazwa organizatora kształcenia	Data zakończenia specjalizacji

## 12. Ukończone kursy kwalifikacyjne

Lp.	Nazwa kursu kwalifikacyjnego	Numer oraz data i miejsce wydania zaświadczenia	Nazwa organizatora kształcenia	Data zakończenia kursu kwalifikacyjnego

## 13. Ukończone kursy specjalistyczne

Lp.	Nazwa kursu specjalistycznego	Numer oraz data i miejsce wydania zaświadczenia	Nazwa organizatora kształcenia	Data zakończenia kursu specjalistycznego

## 14. Ukończone studia podyplomowe

Lp.	Nazwa studiów podyplomowych	Numer oraz data i miejsce świadectwa	Nazwa uczelni

## 15. Wnioskuje o zaliczenie:

Lp.	Obszar do zaliczenia	Nazwa modułu, jednostki modułowej / nazwa placówek stażowych	Podstawa zaliczenia (ukończone kursy / zatrudnienie)
	Modułów lub jednostek modułowych		
	Szkolenia praktycznego		

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)

**Część B** (wypełnia organizator kształcenia)

Obszar do zaliczenia	Nazwa modułu lub jednostki modułowej	Merytoryczna opinia kierownika potwierdzona podpisem	Decyzja organizatora kształcenia potwierdzona podpisem
Moduły lub jednostki modułowe			
Szkolenie praktyczne (nazwa placówki)			

## Uzasadnienie decyzji:

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

## 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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć 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)

.....  
(podpis kierownika specjalizacji)  
(dotyczy postaci papierowej)



## 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)

.....  
(podpis kierownika specjalizacji)  
(dotyczy postaci papierowej)

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

18. Uczestnik szkolenia specjalizacyjnego posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego, udokumentowane uwierzytelnioną kopią<sup>6)</sup>:

- dyplomu uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r.,
- zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne*,
- zaświadczenia o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment*,
- dyplomu uzyskania tytułu licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa, począwszy od naboru 2012/2013.

Zaliczenie specjalizacji – zaliczono/nie zaliczono<sup>4)</sup> .....  
(data) .....  
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

19. Ukończyła/ukończył specjalizację w dziedzinie .....

.....  
.....  
prowadzoną w systemie stacjonarnym/niestacjonarnym<sup>4)</sup>, zorganizowaną przez .....

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

.....  
(data) .....  
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

---

<sup>6)</sup> Zaznaczyć x właściwy dokument.

## WZÓR

## WNIOSEK

## O ZAKWALIFIKOWANIE DO EGZAMINU PAŃSTWOWEGO

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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

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

.....

Oświadczam, że specjalizację odbyłam/odbyłem:<sup>6)</sup>

- 1) w ramach miejsca dofinansowanego przez Ministra Zdrowia
- 2) w ramach miejsca niefinansowanego przez Ministra Zdrowia

**Wnoszę o zakwalifikowanie mnie do egzaminu państwowego w dziedzinie**

.....

.....

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem egzaminu państwowego zamieszczonym na stronie [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl).

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)

W załączeniu:

- 1) karta specjalizacji – w przypadku składania wniosku po raz pierwszy<sup>7)</sup>;
- 2) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części<sup>8)</sup>;
- 3) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w całości<sup>9)</sup>;
- 4) dokument potwierdzający wniesienie opłaty za egzamin państwowy.

<sup>6)</sup> Zaznaczyć x właściwą odpowiedź.

<sup>7)</sup> Skreślić wyłącznie w przypadku załączenia dokumentu potwierdzającego zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w całości oraz w przypadku nieprzystąpienia do egzaminu po raz pierwszy lub niezyskania pozytywnego wyniku.

<sup>8)</sup> Skreślić w przypadku załączenia dokumentu potwierdzającego zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w całości.

<sup>9)</sup> Skreślić w przypadku załączenia dokumentu potwierdzającego zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części.

WZÓR

*Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych***Dyplom nr .....**

Pani/Pan .....

data urodzenia .....

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia .....

.....

po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....

.....

zorganizowanego przez .....  
(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

.....

w okresie .....

i złożeniu egzaminu państwowego w dniu .....

przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w § 10–20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761) uzyskała/uzyskał tytuł

***pielęgniarki specjalisty / pielęgniarza specjalisty***

**w dziedzinie** .....

*pieczęć okrągła**Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

Imię i nazwisko Przewodniczącego

.....

Podpis Przewodniczącego  
Państwowej Komisji Egzaminacyjnej

Imię i nazwisko Dyrektora CKPPiP

.....

Podpis Dyrektora  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia ..... 20..... r.

## WZÓR

*Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

**Dyplom nr .....**

Pani/Pan .....

data urodzenia .....

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia .....

po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....

zorganizowanego przez .....

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

w okresie .....

i złożeniu egzaminu państwowego w dniu .....

przed Państwową Komisją Egzaminacyjną w trybie określonym w § 10–20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761) uzyskała/uzyskał tytuł

***położnej specjalisty / położnego specjalisty***

**w dziedzinie .....**

*pieczęć okrągła*

*Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych*

Imię i nazwisko Przewodniczącego

.....

Podpis Przewodniczącego  
Państwowej Komisji Egzaminacyjnej

Imię i nazwisko Dyrektora CKPPiP

.....

Podpis Dyrektora  
Centrum Kształcenia Podyplomowego  
Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia ..... 20..... r.

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie .....**

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/pielęgniarsz  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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

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

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) .....

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)



## 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/pielęgniarsz  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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć 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)

.....

(podpis kierownika  
kursu kwalifikacyjnego)  
(dotyczy postaci papierowej)

## 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)

.....  
(podpis kierownika  
kursu kwalifikacyjnego)  
(dotyczy postaci papierowej)

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

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

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

(data)

.....  
(podpis i pieczęć  
organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

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

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
(dotyczy postaci papierowej)

WZÓR

*pieczęć organizatora kształcenia  
podyplomowego*

## ***Zaświadczenie nr .....***

Pani/Pan .....

data urodzenia .....

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia .....

.....

po zrealizowaniu kształcenia w okresie od ..... do .....

i złożeniu egzaminu w dniu ..... przed komisją  
egzaminacyjną w trybie określonym w § 28 i § 29 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia  
30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U.  
poz. 1761) ukończyła/ukończył

## ***kurs kwalifikacyjny***

w dziedzinie .....

.....

zorganizowany przez .....

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis organizatora kształcenia podyplomowego)

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego .....**

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/pielęgniara,  
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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

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

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)

## 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) (miejsowość)

.....  
(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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć 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)

.....  
 (podpis kierownika  
 kursu specjalistycznego)  
 (dotyczy postaci papierowej)

## 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) .....  
 (podpis kierownika kursu specjalistycznego)  
 (dotyczy postaci papierowej)

17. Zaliczenie kursu – zaliczono/nie zaliczono<sup>4)</sup> .....  
 (data) .....  
 (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
 (dotyczy postaci papierowej)

18. Ukończyła/ukończył kurs specjalistyczny .....  
 (nazwa kursu)

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

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

.....  
 (data)

.....  
 (podpis i pieczęć organizatora kształcenia)  
 (dotyczy postaci papierowej)

## WZÓR

*pieczęć organizatora kształcenia  
podyplomowego*

***Zaświadczenie nr .....***

Pani/Pan .....

data urodzenia .....

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia .....

.....

po zrealizowaniu kształcenia w okresie od ..... do .....

i złożeniu egzaminu w dniu ..... przed komisją

egzaminacyjną w trybie określonym w § 34 i § 35 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U.

poz. 1761) ukończyła/ukończył

***kurs specjalistyczny***

.....

.....

zorganizowany przez .....

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora kształcenia podyplomowego)

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego .....**

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/pielęgniarsz  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  
.....
  12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia  
.....
- .....  
(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)

<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 x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

WZÓR

*pieczęć organizatora kształcenia  
podyplomowego*

## ***Zaświadczenie***

Pani/Pan .....

data urodzenia .....

posiadająca/posiadający prawo wykonywania zawodu o numerze zaświadczenia .....

.....

ukończyła/ukończył przeprowadzony w okresie od ..... do .....

w łącznym wymiarze ..... godzin

## ***kurs doszkalający***

w zakresie .....

.....

zorganizowany przez .....

(nazwa organizatora kształcenia podyplomowego)

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis organizatora kształcenia podyplomowego)