



Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie
Wydział Nauk o Zdrowiu
Kierunek: Pielęgniarstwo (w ramach studiów pomostowych)

KWESTIONARIUSZ
dotyczący doświadczenia zawodowego pielęgniarki / pielęgniarza

DANE OSOBOWE

1. Nazwisko i imię
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres korespondencyjny
4. Telefon kontaktowy; e-mail
5. Aktualne miejsce zatrudnienia
-
6. Aktualne stanowisko pracy
7. Dotychczasowy staż pracy
8. Ukończona szkoła pielęgniarska: rodzaj
- rok rozpoczęcia, rok ukończenia
9. Prawo wykonywania zawodu: numer
- organ wydający

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

I Przebieg pracy zawodowej – załączniki potwierdzające:

1. Zatrudnienie (staż / rotacja) obejmujące okres trwający **nie krócej niż 3 miesiące**.
2. Miejsce zatrudnienia / nabywania doświadczenia (nazwa działu specjalności medycznej bądź opieki społecznej – oddział, poradnia, profil).
3. Stanowisko / funkcja zawodowa – zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

II Ukończone doskonalenie zawodowe – załączniki:

1. **Specjalizacje** w danej dziedzinie pielęgniarstwa podlegające zaliczeniu (dot. 2-letniego szkolenia specjalizacyjnego) – miejsce i data ukończenia, nr dyplomu i nazwa organizatora kształcenia.
2. **Kursy kwalifikacyjne** w danej dziedzinie pielęgniarstwa podlegające zaliczeniu (dot. kursów kwalifikacyjnych trwających ok. 5-6 miesięcy) – miejsce i data wydania zaświadczenia, nazwa organizatora kształcenia.



WNIOSEK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zaliczenie przewidzianych w programie nauczania – w ramach studiów pomostowych w PSW w Kwidzynie na kierunku: Pielęgniarstwo – zajęć praktycznych i praktyk zawodowych, w dopuszczalnym wymiarze, na podstawie udokumentowanego doświadczenia zawodowego, w tym długości stażu pracy oraz zakresu wykonywanych czynności.

Do wniosku załączam:

1. Zestawienie dot. przebiegu pracy zawodowej i doskonalenia zawodowego (tabela)
2. **Zaświadczenia** potwierdzające wymagany okres zatrudnienia/stażu
3. Uwierzytelnione **kopie dokumentów o ukończeniu doskonalenia** – dotyczy wyłącznie specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych (nie należy załączać kopii certyfikatów/zaświadczeń o odbyciu kursów doskonalących i innych szkoleń).

Uwaga! Brak powyższych załączników wyklucza możliwość zaliczenia części zajęć praktycznych i praktyk zawodowych.

.....
podpis studenta



ZESTAWIENIE

Nazwisko i imię pielęgniarki / pielęgniarza

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ*

| Lp. | Nazwa zakładu opieki zdrowotnej | Zatrudnienie (staż / rotacja) | | |
|-----|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---|
| | | okres (od – do) | miejsce (oddział / profil) | stanowisko / zakres udzielanych świadczeń |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- wypełnić odpowiednio i dołączyć zaświadczenia potwierdzone przez pracodawcę

DOSKONALENIE ZAWODOWE*

| Lp. | Forma ukończonego kształcenia podyplomowego | Miejsce i data ukończenia / wydania dokumentu | Numer dokumentu potwierdzającego kwalifikacje | Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego |
|-----|---|---|---|--|
| I | Specjalizacja w dziedzinie: | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| II | Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie: | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- wypełnić odpowiednio i dołączyć zaświadczenia potwierdzone przez pracodawcę

.....
Imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

Wydział Nauk o Zdrowiu

Kierunek: Pielęgniarstwo

Studia niestacjonarne pomostowe

.....
pieczęć zakładu pracy

Oświadczenie

Pan/i – pielęgniarka/pielęgniarz zatrudniona/y

w

(placówka / oddział)

realizuje nowoczesne metody pielęgnowania, stosuje w praktyce standardy i procedury postępowania pielęgniarskiego oraz bierze udział w szkoleniach z zakresu doskonalenia opieki nad pacjentem.

.....
Podpis osoby uprawnionej*

*podpis bezpośredniego przełożonego/

pielęgniarki oddziałowej / naczelnej