

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (USKwB) ogłasza nabór na

KURS SPECJALISTYCZNY

**RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA DLA PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

Termin realizacji kursu - od 31.05.2025 do 29.08.2025

Liczba uczestników – 25 pielęgniarek i 10 położnych

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu należy złożyć do dnia 16.05.2025 do godz. 14⁴⁵:

1. W wersji elektronicznej przez **SMK** (System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych)
2. W wersji papierowej wraz z ksero PWZ (również ksero stron o zmianie nazwiska lub zmianie wpisu do rejestru) oraz zaświadczeniem o półrocznym stażu pracy (dotyczy jedynie pracowników szpitala USKwB) **należy złożyć w pokoju 59, piętro V, budynek C.**

W szkoleniu mogą wziąć udział nie tylko pracownicy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Pracownicy szpitala przed złożeniem wniosku powinni zapoznać się z regulaminem w sprawie zasad kwalifikacji i finansowania kosztów kształcenia (zakładka w Intranecie szpitala – Pozostałe - Kształcenie - Kształcenie podyplomowe dla pielęgniarek i położnych).

W przypadku, gdy liczba kandydatów ubiegających się o szkolenie będzie większa niż **35 osób** zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 115.), w dniu **23.05.2025 r. o godz. 15:00** zostanie przeprowadzony egzamin wstępny w formie pisemnej (informacja o egzaminie zostanie zamieszczona na stronie www.uskwb.pl, w zakładce Kariera - Kursy podyplomowe dla pielęgniarek i położnych).

Wykaz literatury do egzaminu wstępnego jest dostępny w zakładce „Literatura do egzaminów”.

Zajęcia teoretyczne rozpoczną się **31.05.2025 r.**

Kierownik kursu: **mgr Wioletta Korkuz** tel. 693 633 828

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego

.....
(nazwa kursu)

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹

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

6. Adres do korespondencji: kod miejscowość

.....
(ulica)

.....
(nr domu)

.....
(nr mieszkania)

.....
(województwo)

Nr telefonu adres e-mail

7. Tytuł zawodowy² pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza,
położnej/położnego³ wydane przez
(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

10. Wykształcenie⁴:

średnie zawodowe

licencjat położnictwa

licencjat pielęgniarstwa

licencjat w innej dziedzinie

magister pielęgniarstwa

magister położnictwa

magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora habilitowanego

stopień naukowy doktora

11. Nazwa i adres miejsca pracy:

.....
.....

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

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i nr dokumentu oraz kraj wydania

² Zaznaczyć X posiadany tytuł naukowy

³ Niepotrzebne skreślić

⁴ Zaznaczyć X posiadane wykształcenie