

KURS SPECJALISTYCZNY

ONKOLOGIA GINEKOLOGICZNA DLA POŁOŻNYCH

Termin realizacji kursu - od 11.04.2026 do 10.07.2026

Liczba uczestników – 35 położnych

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu należy złożyć do dnia 26.03.2026 do godz. 14⁴⁵:

1. W wersji elektronicznej **przez SMK** (System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych) oraz
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 **31.03.2026 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 **11.04.2026 r.**

Kierownik kursu: **mgr Kamila Dąbrowska** tel. 501 457 912

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego

Onkologia ginekologiczna dla położnych

(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/pielęgniarsza,
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