

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ogłasza nabór na

KURS SPECJALISTYCZNY

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

Termin realizacji kursu - **od 13.06.2026 do 11.09.2026**

Liczba uczestników – **35 pielęgniarek/położnych**

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu należy złożyć do dnia **01.06.2026** 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) **w pokoju 59, piętro V, budynek C.**

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

Pracownicy szpitala w celu finansowania kosztów kształcenia powinni uzupełnić „Porozumienie” dostępne w Intranecie szpitala (zakładka 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 16 stycznia 2026 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2026 r., poz. 57), w dniu **10.06.2026 r. o godz. 15:00** zostanie przeprowadzony egzamin wstępny w formie pisemnej.

Informacja o egzaminie zostanie zamieszczona na stronie www.uskwb.pl dnia **08.06.2026 r.** (Zakładka: Kariera - Kursy podyplomowe dla pielęgniarek i położnych)

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

Zajęcia teoretyczne rozpoczną się **13.06.2026 r. o godz. 9:00 (miejsce zostanie bliżej terminu zajęć)**

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

Sekretarz Komisji ds. Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
Magdalena Pietkiewicz
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej- Curie 24A
Tel: 085 831 8004, pok. 59, V piętro, bud. C

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego

Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa Dla Pielęgniarek I Położnych

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