

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ogłasza nabór na

KURS SPECJALISTYCZNY

LECZENIE RAN DLA PIEŁĘGNIAREK

Termin realizacji kursu - **od 16.10.2026 do 15.01.2027**

Liczba uczestników – **35 pielęgniarek**

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu należy złożyć do dnia **05.10.2026** 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 **14.10.2026 r. o godz. 15:00** zostanie przeprowadzony egzamin wstępny w formie pisemnej.

Informacja o egzaminie zostanie zamieszczona na stronie www.uskwb.pl dnia **12.10.2026 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 **16.10.2026 r.**

Kierownik kursu: **mgr Urszula Jakubowska, tel. 693 826 600**

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

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