**Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych**

**Sp. z o.o. w Rzeszowie – Placówka Szkoleniowa w Krośnie**

38-400 KROSNO, ul. Bieszczadzka 5 tel.: 13 43 72 780 do 781

tel/fax : 13 43 72 781

e-mail: osrodek@oipip.krosno.pl

http: www.okppip.pl

**Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek**

**i PołożnychSp. z o.o. w Rzeszowie – Placówka Szkoleniowa w Krośnie**

**zaprasza do udziału w kursie kwalifikacyjnym**

**z zakresu technologii sterylizacji i dezynfekcji**

**INFORMACJE O PLANOWANYM KURSIE KWALIFIKACYJNYM:**

**MIEJSCE REALIZACJI KURSU KWALIFIKACYJNEGO:**

**Zajęcia teoretyczne**

* Sala wykładowa Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przy ul. Bieszczadzkiej 5, II piętro, sala nr 211;

**Zajęcia praktyczne**

Centralna Sterylizatornia Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie przy ul. Korczyńskiej 57.

**KIEROWNIK KURSU: mgr Maria Czechowicz**

* **Data postępowania kwalifikacyjnego-** 04.09.2014
* **Data rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego -** 05.09.2014
* **Termin zakończenia kursu kwalifikacyjnego -** 18.12.2014

**Wymagania wstępne dla uczestników kursu:** - osoby posiadające minimum średnie wykształcenia, zatrudnione, lub przygotowujące się do pracy w sterylizatorni, jak również zajmujące się dezynfekcją i sterylizacją wyrobów medycznych w ramach swoich obowiązków.

**Warunki uczestnictwa w kursie:**

- złożenie wniosku o zakwalifikowanie na kurs,

- złożenie dokumentu potwierdzającego posiadanie wymaganego wykształcenia.

**Koszt kursu – 600 zł**

**TERMINY REALIZACJI ZAJĘĆ TEORETYCZNYCH I PRAKTYCZNYCH:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **Realizowana jednostka modułowa** |
| **05.09.2014** | **MODUŁ I Elementy psychologii i etyki** |
| **08.09.2014** | **MODUŁ VI Mycie i dezynfekcja** |
| **12.09.2014** | **MODUŁ IV Podstawy mikrobiologii** |
| **12.09.2014** | **MODUŁ III Zasady BHP w technologii dezynfekcji**  **i sterylizacji** |
| **15.09.2014** | **MODUŁ VI Mycie i dezynfekcja** |
| **MODUŁ VII Sterylizacja** |
| **19.09.2014** | **MODUŁ VII Sterylizacja** |
| **23.09.2014** | **MODUŁ VII Sterylizacja** |
| **30.09.2014** | **MODUŁ VII Sterylizacja** |
| **30.09.2014** | **MODUŁ II Wymagania sanitarne dla Sterylizatorni**  **Centralnej i podręcznej** |
| **02.10.2014** | **MODUŁ V Instrumentarium i sprzęt medyczny** |
| **14.10 - 17.10.2014**  **20.10. - 22.10.2014** | Zajęcia praktyczne **I GRUPA** |
| **23.10 - 24.10.2014**  **27.10. – 31.10.2014** | Zajęcia praktyczne **II GRUPA** |
| **03.11 - 07.11.2014**  **10.11. i 12.11.2014** | Zajęcia praktyczne **III GRUPA** |
| **13.11 - 14.11.2014**  **17.11. – 21.11.2014** | Zajęcia praktyczne **IV GRUPA** |
| **24.11 - 28.11.2014**  **02.12. – 03.12.2014** | Zajęcia praktyczne **V GRUPA** |
| **04.12 - 05.12.2014**  **08.12. – 12.12.2014** | Zajęcia praktyczne **VI GRUPA** |
| **18.12.2013** | EGZAMIN |

**SERDECZNIE ZAPRASZAMY !**

KARTA ZGŁOSZENIA

Na kurs **~~dokształcający/specjalistyczny~~/kwalifikacyjny/~~specjalizacja~~** organizowany przez:

# Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o.

Placówka szkoleniowa **w Krośnie ~~/ Tarnobrzegu / Rzeszowie~~**(niepotrzebne skreśl)

z zakresu **TECHNOLOGII STERYLIZACJI I DEZYNFEKCJI**

nazwa szkolenia **DANE PERSONALNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l. Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Imię ojca | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.Data urodzenia: (DD-MM-RRRR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Miejsce urodzenia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Numer ewidencyjny PESEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Wykształcenie zawodowe PIELĘGNIARKA / POŁOŻNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(niepotrzebne skreśl)

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Kod pocztowy: | | | | | | | | 3. Numer domu: | | | | | | | | 4. Numer mieszkania: | | | | | | | |
|  |  | - |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Telefon: | | | | | | | | | | | | 7. Numer kierunkowy | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 0 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |

**ADRES ZAKŁADU PRACY: NIE PRACUJĘ ⬜**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa zakładu pracy / oddział | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Kod pocztowy: | | | | | | | | 4. Numer domu: | | | | | | | | 5. Numer mieszkania: | | | | | | | |
|  |  | - |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Telefon: | | | | | | | | | | | | 8. Numer kierunkowy | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 0 |  | |  |  |  |  |  |  |  |

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Data wydania: (RRRR-MM-DD) | | | | | | | | | | | | Nr zaświadczenia o prawie wyk. zawodu | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

........................................................

( podpis kandydata )

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o. o. w Rzeszowie celem przeprowadzenia szkolenia, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami)**

............................ ............................ ………………… ( data ) ( podpis kandydata ) (miejscowość)