

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego

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 telefonu²⁾ adres e-mail²⁾

7. Tytuł zawodowy³⁾

pielęgniarka/pielęgniarz ☐ położna/położny ☐

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego⁴⁾

..... wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

10. Wykształcenie⁵⁾

średnie zawodowe ☐

licencjat pielęgniarstwa ☐ licencjat położnictwa ☐ licencjat w innej dziedzinie ☐

magister pielęgniarstwa ☐ magister położnictwa ☐ magister w innej dziedzinie ☐

stopień naukowy doktora ☐ stopień naukowy doktora habilitowanego ☐

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....

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

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

²⁾ Pole nieobowiązkowe.

³⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.