Nazwa organizatora kształcenia

podyplomowego

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego**

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

1. Imię (imiona) i nazwisko .........................................................................................................

2. Data urodzenia \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

3. Miejsce urodzenia ....................................................................................................................

4. Obywatelstwo ...........................................................................................................................

5. PESEL1) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

6. Adres do korespondencji: \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ...............................................................

(kod pocztowy) (miejscowość)

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

(ulica) (nr domu) (nr mieszk.) (województwo)

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ ....................................................@......................................

(nr telefonu 2)) e-mail2)

7. Urząd Skarbowy.......................................................................................................................

8. Tytuł zawodowy3): pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego4)

.......................... wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ..............................

(rok wydania) (miejscowość)

10. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

11. 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

12. Nazwa i adres miejsca pracy

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

(nazwa zakładu pracy)

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

(kod pocztowy i miejscowość) (ulica, nr domu, nr lokalu)

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

) 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

**Wymagane załączniki:**

1. zaświadczenie z zakładu pracy o stażu pracy (indywidualne praktyki pielęgniarskie nr księgi rejestrowej RPWDL)
2. zaświadczenie o opłacaniu składek

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

( miejscowość i data) (podpis wnioskodawcy – dotyczy w wersji papierowej)