

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 pocztowy)

(miejscowość)

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

.....
(nr telefonu²⁾ @
e-mail²⁾

7. Urząd Skarbowy

8. Tytuł zawodowy³⁾: pielęgniarz położna/położny

9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarzki/pielęgniarsza, 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)

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

.....

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy – dotyczy w wersji papierowej)

Wymagane załączniki:

- 1) zaświadczenie o opłaceniu składek