

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
poddyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie

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/pielęgniarsz 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

.....
.....

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.

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia
13. Staż pracy w zawodzie (ogółem), w tym w okresie ostatnich 5 lat
14. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji
15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

TAK

NIE

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji

16. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji)

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

.....
(miejsowość, data)

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