

WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego 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/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
.....
.....

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)

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

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

.....
(miejscowość, data)

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