

WZÓR

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/pielęgniarza, 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.