

.....
(pieczęć Organizatora kształcenia podyplomowego)

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO

w zakresie

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 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.

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.

11. Nazwa i adres miejsca pracy:

.....
.....

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

.....

- ☐ Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu.
- ☐ Upoważniam BOIPIP do przetwarzania danych osobowych koniecznych do kwalifikacji i realizacji kształcenia podyplomowego.

.....
(miejscowość, data)

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