

w zakresie

1. Imię (imiona) i Nazwisko:...

2. Data urodzenia:.....

3. Miejsce urodzenia:.....

4. Obywatelstwo:.....

5. **PESEL¹⁾**: | | | | | | | | | | | | | | | |

6. Adres do korespondencji: |__|__|-|__|__|__|
 (kod pocztowy) (miejscowość)

.....

Nr telefonu²⁾: **adres e-mail²⁾:**

7. Tytuł zawodowy³⁾:

☐ pielęgniarka/pielęgniarz

☐ położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego⁴:

..... wydane przez

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:

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem):

14. Ukończone kształcenie podyplomowe:

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

- ☐ 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 wersji papierowej)