|  |
| --- |
|  |
| *pieczęć organizatora kształcenia**podyplomowego**(dotyczy wersji papierowej)* |  |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego** |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko....................................................................................................... |
| 2. Data urodzenia ..................................................................................................................... |
| 3. Miejsce urodzenia ................................................................................................................ |
| 4. Obywatelstwo........................................................................................................................ |
| 5. PESEL 1. Adres do korespondencji - ………………………………………...
 |
| (kod)  |  (miejscowość) |
|  |  ................................(ulica) |  ..............(nr domu) |  .......................(nr mieszkania) |   | ...............................................(województwo) |
| Nr telefonu | ................................. | adres e-mail ……………………… |
| 7. Tytuł zawodowy1: Pielęgniarka/Pielęgniarz Położna/Położny  |
| 8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego2 .......................... wydane przez ........................................................... (rok wydania) |
| 9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Wykształcenie:3 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................................................................................................................................................…………………………........................................................................................................ zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy2 niepotrzebne skreślić.3 zaznaczyć x posiadane wykształcenie |
| 12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych na terenie której wnioskodawca wykonuje zawód………………………………………………………………………… |
| 13. Staż pracy w zawodzie (ogółem)..................... |
| 14. Ukończone kształcenie podyplomowe: |
| Rodzaj kształcenia(szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe) | Nazwa ukończonego kształcenia(dziedzina, zakres) | Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Załącznik:

skierowanie do odbycia kursu kwalifikacyjnego – w przypadku podjęcia kształcenia podyplomowego na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

.

………………………… ……………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)