|  |  |
| --- | --- |
| *pieczęć organizatora kształcenia**podyplomowego**(dotyczy wersji papierowej)* |  |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji** |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko....................................................................................................... |
| 2. Data urodzenia ....................................................................................................................... |
| 3. Miejsce urodzenia .................................................................................................................. |
| 1. Obywatelstwo…......................................................................................................................
 |
| 1. PESEL
2. Adres do korespondencji - …………………………………………
 |
| (kod)  |  (miejscowość) |
|  |  ................................(ulica) |  ..............(nr domu) |  .......................(nr mieszkania) |   | ................................................(województwo) |
| Nr telefonu |  ................................. | adres e-mail ……………………… |
| 7. Tytuł zawodowy[[1]](#footnote-1): Pielęgniarka/Pielęgniarz Położna/Położny  |
| 8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego[[2]](#footnote-2) .......................... wydane przez ............................................................ (rok wydania) |
| 9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Wykształcenie:[[3]](#footnote-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..................................................................................................................................................………………………….......................................................................................................... |
| 12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych na terenie której wnioskodawca wykonuje zawód……………………………………………………………...................… |
| 13. Staż pracy w zawodzie (ogółem).................., w tym w okresie ostatnich 5 lat....... |
| 14. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji ……………………………………...……… |
| 15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywał/a Pan/Pani specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie/ rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania) ? TAK NIE Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji/przerwania/rezygnacji ze specjalizacji…………………………. |
| 16. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji): |
| 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 specjalizacji – w przypadku podjęcia kształcenia podyplomowego na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

………………………… ……………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

1. zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy [↑](#footnote-ref-1)
2. niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-2)
3. zaznaczyć x posiadane wykształcenie [↑](#footnote-ref-3)