|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *pieczęć organizatora kształcenia*  *podyplomowego*  *(dotyczy wersji papierowej)* | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko...................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Data urodzenia ..................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Miejsce urodzenia ................................................................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Obywatelstwo........................................................................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. PESEL 2. 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 zawodowy  2 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 specjalistycznego – w przypadku podjęcia kształcenia podyplomowego na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę.

………………………… ……………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis wnioskodawcy)