|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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)