

Miejsce organizacji specjalizacji.....

Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹

6. Adres do korespondencji -

(kod)

(miejscowość)

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

Nr telefonu² adres e-mail²

7. Tytuł zawodowy³
pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

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

(rok wydania)

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

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....

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

.....
.....

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

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 odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie

specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

TAK

NIE

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / 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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy) (dotyczy postaci papierowej)