

NIP - 6312609636
REGON - 241567740
Nazwa organizatora
kształcenia podyplomowego

Miejsce organizacji kursu „specjalistycznego”.....

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego

.....
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/pielęgniarsza, 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

.....

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)