

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/pielęgniarsz 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)