

Wniosek pielęgniarki, pielęgniarza o dopuszczenie

do kursu specjalistycznego dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej, w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Imię ojca.....Nazwisko rodowe.....
3. Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....

5.

Numer PESEL											
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adres zameldowania:

ul.....nr domu.....nr lokalu.....
Miejscowość.....Kod pocztowy.....
Województwo.....Powiat.....

7. Adres do korespondencji:

ul.....nr domu.....nr lokalu.....
Miejscowość.....Kod pocztowy.....
Województwo.....Powiat.....

8. Tel. stacjonarny:.....Tel. komórkowy.....

9. Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarzkiej.....
.....

10. Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarki, pielęgniarza¹.....

11. Rok uzyskania dyplomu pielęgniarki, pielęgniarza.....

12. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza²:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rok wydania.....Nazwa Organu wydającego.....
.....

13. Numer rejestru pielęgniarek i położnych

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Nazwa i adres miejsca zatrudnienia

Zajmowane stanowisko.....

Do wniosku należy dołączyć³:

- 1) kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) kopia dokumentu potwierdzającego aktualne zatrudnienie w POZ na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (którego data sporządzenia nie przekracza 1 miesiąca do dnia postępowania kwalifikacyjnego).

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

¹ niepotrzebne skreślić

² niepotrzebne skreślić

³ kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem

