

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu doszkalcającego

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 z innej dziedziny

☐

magister pielęgniarstwa

☐

magister położnictwa

☐

magister z innej dziedziny

☐

stopień naukowy doktora

☐

stopień naukowy doktora
habilitowanego

☐

11. Nazwa i adres miejsca pracy:

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

.....
(miejscowość, data)

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

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.