

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie .....**

1. Imię (imiona) i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Miejsce urodzenia:

4. Obywatelstwo:

5. PESEL<sup>1)</sup>

6. Adres do korespondencji:

-

(kod)

(miejsowość)

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

Nr telefonu<sup>2)</sup>

adres e-mail<sup>2)</sup>

7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>

pielęgniarka/pielęgniarz

położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego<sup>4)</sup>

wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie<sup>5)</sup>

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:

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

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

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) .....

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

.....  
(miejsowość, data)

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