

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/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.