

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 telefonu..... 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

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

magister pielęgniarstwa magister położnictwa magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego

11. Nazwa i adres miejsca Pracy.

.....

.....

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

.....

.....

(data)

.....

(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)