

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 pocztowy)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszk.)

(województwo)

..... @

(nr telefonu ²⁾)

e-mail²⁾

7. Urząd Skarbowy.....

8. Tytuł zawodowy³⁾: pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego⁴⁾

..... wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w

(rok wydania)

(miejscowość)

10. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

11. Wykształcenie⁵⁾

średnie zawodowe

licencjat pielęgniarstwa licencjat położnictwa licencjat w innej dziedzinie

magister pielęgniarstwa magister położnictwa magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego

12. Nazwa i adres miejsca pracy

.....
(nazwa zakładu pracy)

.....
(kod pocztowy i miejscowość) (ulica, nr domu, nr lokalu)

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

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

Wymagane załączniki:

- 1) zaświadczenie z zakładu pracy o stażu pracy (indywidualne praktyki pielęgniarskie nr księgi rejestrowej RPWDL)
- 2) zaświadczenie o opłaceniu składek

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy – dotyczy w wersji papierowej)