



.....
.....
.....

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie

.....

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⁾ pielęgniarz 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
 magister pielęgniarstwa magister położnictwa magister w innej dziedzinie
 stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego

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.



11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....
.....

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)