



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

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego

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/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

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)