

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego

.....
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

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.