

## Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie

.....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce urodzenia .....

4. Obywatelstwo .....

5. PESEL<sup>1)</sup> .....

6. Adres do korespondencji:   -     .....

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

Nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....

7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>

pielęgniarka/pielęgniarsz

położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/

położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie<sup>5)</sup>

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

.....  
.....

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.

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)