



.....
Pieczęć organizatora kształcenia

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego

w dziedzinie.....
(nazwa kursu)

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-mail

7. Tytuł zawodowy³

Pielęgniarka /Pielęgniarz Położna /Położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego⁴.....
(rok wydania)

wydany przez

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, studia podyplomowe)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

.....
(miejsce i data)

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