



.....
Pieczęć organizatora kształcenia

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego

.....
(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-mail².....

7. Tytuł zawodowy³

Pielęgniarka /Pielęgniarz Położna /Położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego⁴.....

(rok wydania)

wydany przez

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu _____

10. Wykształcenie⁵

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa | <input type="checkbox"/> licencjat w innej dziedzinie |
| <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> magister położnictwa | <input type="checkbox"/> magister w innej dziedzinie |
| <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> stopień naukowy doktora habilitowanego | |
| <input type="checkbox"/> stopień naukowy doktora | | |

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



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....

12. Nazwa Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

.....

.....
(miejscowość i data)

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