

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-mail

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 obowiązkowe.

³⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.