

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego.....

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce urodzenia.....

4. Obywatelstwo.....

5. PESEL ¹⁾

6. Adres do korespondencji -
(kod) (miejscowość)

.....
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Nr telefonu ²⁾ adres e-mail ²⁾

7. Tytuł zawodowy ³⁾
pielęgniarka/pielęgniarsz położna/położny

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

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie ⁵⁾
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 oraz kraj wydania

2) Pole nieobowiązkowe

3) Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy

4) Niepotrzebne skreślić

5) Zaznaczyć x posiadane wykształcenie