

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
W BIAŁYMSTOKU

ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. centr. 85 831 80 00, fax 85 831 88 80
NIP 542-25-34-985, REGON 000288610

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-mail²

7. Tytuł zawodowy³ pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara,
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:

.....
.....

¹ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i nr dokumentu oraz kraj wydania

² Pole nieobowiązkowe

³ Zaznaczyć X posiadany tytuł naukowy

⁴ Niepotrzebne skreślić

⁵ Zaznaczyć X posiadane wykształcenie

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

.....

.....
(miejsowość, data)

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