

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego

.....
(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 telefonu adres e-mail

7. Tytuł zawodowy² pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
położnej/położnego³ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

10. Wykształcenie⁴:

średnie zawodowe

licencjat położnictwa

licencjat pielęgniarstwa

licencjat w innej dziedzinie

magister pielęgniarstwa

magister położnictwa

magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora habilitowanego

stopień naukowy doktora

11. Nazwa i adres miejsca pracy:

.....

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

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

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

² Zaznaczyć X posiadany tytuł naukowy

³ Niepotrzebne skreślić

⁴ Zaznaczyć X posiadane wykształcenie