

**Wniosek o dopuszczenie  
do Kursu kwalifikacyjnego Sanitariusz szpitalny**

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Imię ojca.....Nazwisko rodowe.....
3. Data urodzenia.....Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....

5. Numer PESEL 

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

**6. Adres zameldowania:**

ul..... nr domu..... nr lokalu.....  
Miejscowość..... Kod pocztowy.....  
Województwo..... Powiat.....

**7. Adres do korespondencji:**

ul..... nr domu..... nr lokalu.....  
Miejscowość..... Kod pocztowy.....  
Województwo..... Powiat.....

8. **Tel. stacjonarny:**.....**Tel. komórkowy**.....

9. Rodzaj i rok ukończonej szkoły .....

14. Nazwa i adres pracy.....

Zajmowane stanowisko.....

15. Staż pracy w zawodzie..... w tym w dziedzinie kursu .....

**Do wniosku należy dołączyć:**

- świadectwo ukończenia szkoły podstawowej
- min. pół roczny staż pracy w zawodzie
- dokument potwierdzający odbycie przeszkolenia stanowiskowego w miejscu pracy

**Oświadczam, że podane przez mnie dane są zgodne z rzeczywistym stanem**

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis zgłaszającego*