

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie

.....

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5. PESEL¹⁾
6. Adres do korespondencji

--	--	--	--

 –

--	--	--	--

- | | |
|-------|--------------|
| (kod) | (miejsowość) |
|-------|--------------|

.....

(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/pielęgniarza, 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: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.
²⁾ Pole nieobowiązkowe.
³⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.
⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.
⁵⁾ Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

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

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem)

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu,

.....
(miejsowość, data)

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