

Nazwa organizatora kształcenia
podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu doksztalającego

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/pielęgniarsza, 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
.....
12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia
.....
.....
(miejscowość, data)

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.