



Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego

.....
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-mail

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 pielęgniarstw licencjat położnictwa licencjat w innej dziedzinie

magister pielęgniarstwa magister położnictwa magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora stopień naukowy doktora habilitowanego

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

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....
.....
.....

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

.....
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)