

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego

.....
wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Data urodzenia Miejsce urodzenia
3. Obywatelstwo PESEL¹⁾
4. Adres do korespondencji: kod miejscowość ulica
..... nr domu nr mieszkania województwo nr telefonu²⁾
..... adres e-mail²⁾
5. Tytuł zawodowy³⁾: pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny
6. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu: pielęgniarki/pielęgniarza położnej/położnego⁴⁾
wydana przez rok wydania Nr zaświadczenia o
prawie wykonywania zawodu
7. 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
8. Nazwa i adres miejsca pracy:
.....
9. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej do miejsca zatrudnienia:
.....

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

²⁾ pole nieobowiązkowe.

³⁾ zaznaczyć X posiadany tytuł naukowy.

⁴⁾ niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ zaznaczyć X posiadane wykształcenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Izby zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Nowy Świat 63, 00-042 Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

miejsowość, data:

podpis wnioskodawcy