

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego .....

**Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji**  
wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

w dziedzinie.....

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
  2. Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia .....
  3. Obywatelstwo ..... PESEL<sup>1)</sup> .....
  4. Adres do korespondencji: kod ..... miejscowość ..... ulica  
..... nr domu ..... nr mieszkania ..... województwo ..... nr telefonu<sup>2)</sup>  
..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....
  5. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>: pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny
  6. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu: pielęgniarki/pielęgniarza położnej/położnego<sup>4)</sup>  
wydana przez ..... rok wydania ..... Nr zaświadczenia o  
prawie wykonywania zawodu .....
  7. Wykształcenie<sup>5)</sup>:  
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:  
.....
  10. Staż pracy w zawodzie (ogółem) ..... w tym w okresie ostatnich 5 lat .....
  11. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji:  
.....
-

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

12. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywał/a Pan/i specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie przeszkolenia” rozumie się również przerwanie specjalizacji lub rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania?)

TAK

NIE

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji, przerwania specjalizacji lub rezygnacji ze specjalizacji .....

13. Ukończone kształcenie podyplomowe ( w tym wskazanie kursów niezbędnych do przedmiotowej specjalizacji).

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

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.

miejsce, data: .....

podpis wnioskodawcy .....