

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego .....

## Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego

*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:
- .....

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

<sup>2)</sup> pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> zaznaczyć X posiadany tytuł naukowy.

<sup>4)</sup> niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> zaznaczyć X posiadane wykształcenie

**☐ Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie przekazanym mi w związku z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z informacjami zawartymi w/w oświadczeniu.**

miejsowość, data: .....

podpis wnioskodawcy .....