

Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego

wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

w dziedzinie.....

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:
-
10. Staż pracy w zawodzie (ogółem)

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

11. Ukończone kształcenie podyplomowe.

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

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