

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 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) 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

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