Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych WOIPiP
ul. Wł. Reymonta 8
Warszawa /Bielany

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[1] ……
4. Adres do korespondencji: kod …… miejscowość ……

   ulica …… nr domu …… nr mieszkania …… województwo ……

   nr telefonu[2] …… adres e-mail[2] ……
5. Tytuł zawodowy[3]: pielęgniarka/pielęgniarz ☐ położna/położny ☐
6. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu: pielęgniarki/pielęgniarza położnej/położnego[4]

   wydana przez …… rok wydania ……

   Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu ……
7. Wykształcenie[5]:

   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

❑ ***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.***

miejscowość, data: …… podpis wnioskodawcy ……