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) ………………………………………………

1. Adres do korespondencji: kod ……………… miejscowość ………………………………………

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

nr telefonu2) …………………………… adres e-mail2) ……………………………………………

1. Tytuł zawodowy3) : pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny 
2. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu: pielęgniarki/pielęgniarza położnej/położnego4) wydana przez ……………………………………………………… rok wydania …………………

Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu …………………………………………………

1. 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 

1. Nazwa i adres miejsca pracy:

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. 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*.**

miejscowość, data: …………………………………………… podpis wnioskodawcy …………………………………