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 …… 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:

   ……
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.***

miejscowość, data: …… podpis wnioskodawcy ……