Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych Regionu Siedleckiego

 (Nazwa organizatora kształcenia

 podyplomowego)

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w

dziedzinie pielęgniarstwa.....................................................

1. Imię (imiona) i nazwisko..........................................................................................................

2. Data urodzenia..........................................................................................................................

3. Miejsce urodzenia.....................................................................................................................

4. Obywatelstwo............................................................................................................................

5. PESEL[[1]](#footnote-1)1) ....................................................................................................................................

6. Adres do korespondencji - . .............................................................................

 (kod) (miejscowość)

 ................................ ................. ..................... .................................

 (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

 Nr telefonu[[2]](#footnote-2)2)..................................... adres e-mail[[3]](#footnote-3)2)................................................................

7. Tytuł zawodowy[[4]](#footnote-4)3)

Pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/

położnego[[5]](#footnote-5)4).......................... wydane przez..............................................................................

 (rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie[[6]](#footnote-6)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

11. Nazwa i adres miejsca pracy

 ..................................................................................................................................................

 ..................................................................................................................................................

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

 .................................................................................................................................................

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) .......................

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj kształcenia(szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne) | Nazwa ukończonego kształcenia(dziedzina, zakres) | Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

............................................ ..........................................

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

 (dotyczy postaci papierowej)

1. 1) W przypadku braku numeru PESEL - cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2) Pole nieobowiązkowe.

3) Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

4) Niepotrzebne skreślić.

5) Zaznaczyć x posiadane wykształcenie. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)
6. [↑](#footnote-ref-6)