

Formularz zgłoszenia na kurs dla pielęgniarek/położnych

Temat Kursu:

Termin:

1. Nazwisko i Imię

2. nazwisko rodowe

3. Imiona rodziców

4. Data i miejsce urodzenia, województwo

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Adres zamieszkania z kodem, województwo

..... tel.

6. Adres e-mail

7. Dokładny adres miejsca pracy, oddział

8. Wykształcenie zawodowe

9. Nazwa szkoły

10. Data wydania dyplomu

11. Numer i data wydania prawa wykonywania zawodu

Nr rejestru

12. Przebyte szkolenia

13. Staż pracy zgodny z kierunkiem kursu

14. Przebieg pracy zawodowej

15. Koszty szkolenia pokrywa*

* W przypadku pokrywania kosztów kursu przez zakład pracy konieczne jest potwierdzenie formularza przez pracodawcę.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych w zakresie niezbędnym dla realizacji kształcenia – zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1992 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz. 883)

.....
podpis i pieczęćka pracodawcy

.....
podpis pielęgniarki/położnej

data.....