

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu doszktałającego

.....
(nazwa kursu)

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Data urodzenia.....
3. Miejsce urodzenia.....
4. Obywatelstwo.....
5. PESEL.....
6. Adres do korespondencji

.....
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, województwo)

Numer telefonu: adres e-mail.....

7. Tytuł zawodowy

pielęgniarka/pielęgniarz
 położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego

..... wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

10. Wykształcenie

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

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)

13. Faktura VAT: Tak, dane powyżej Tak, dane do faktury: Nie
(uzupełnić, gdy dane do faktury są inne niż podane powyżej)

Nazwa.....NIP.....
Adres.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

.....
(podpis)