

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie

-
.....
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
.....
 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

.....
(miejsowość, data)

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

13. Faktura VAT: Tak, dane powyżej

Tak, dane do faktury:
(uzupełnić, gdy dane do faktury są inne niż podane powyżej)

Nie

Nazwa.....NIP.....

Adres.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

.....
(podpis)