

Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie:

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL ¹⁾

6. Adres do korespondencji

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 –

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(miejscowość)

(województwo)

Nr telefonu ²⁾ Adres e-mail ²⁾

7. Tytuł zawodowy ³⁾ pielęgniarka/pielęgniarsz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego ⁴⁾

..... wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

10. 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

11. Nazwa i adres miejsca pracy

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

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

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem), w tym w okresie ostatnich 5 lat

14. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

²⁾ Pole obowiązkowe.

³⁾ Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.

⁵⁾ Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji

16. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji)

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku, na potrzeby M&M Centrum Kształcenia Pielęgniarek s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz

Dane do faktury:

- nazwa podmiotu
- adres
- NIP
-

.....
(data i podpis kandydata)