



Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego 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/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego⁴⁾

..... 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)

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.

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)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku, na potrzeby Centrum Opieki Domowej s.c. Zuzanna Mysłowska, Beata Mróz, Bogusław Mróz, Tomasz Mysłowski.

Dane do faktury:

- nazwa podmiotu
- adres
- NIP
-

.....
(data i podpis kandydata)