



Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego:

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL ¹⁾

6. Adres do korespondencji -

(kod)

(miejscowość)

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(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

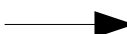
.....
.....

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

.....

(miejscowość, data)

(podpis wnioskodawcy)

verte 

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.

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)