Nazwa organizatora kształcenia Podyplomowego

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego 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)

Nr telefonu ..... adres e-mail[2] .....

7. Tytuł zawodowy

pielęgniarka/ pielęgniarz ☐ położna/położny ☐

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, 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)....., w tym w okresie ostatnich 5 lat.....
14. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji.....
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

…… ……

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)