

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego** .....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Miejsce urodzenia .....

4. Obywatelstwo .....

5. PESEL<sup>1)</sup> .....

6. Adres do korespondencji

		-			
--	--	---	--	--	--

(kod)

(miejscowość)

.....  
(ulica)

.....  
(nr domu) (nr mieszkania)

.....  
(województwo)

Nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....

7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>

pielęgniarka/pielęgniarz     położna/położny

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

wydane w roku ..... przez .....

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

10. Wykształcenie<sup>5)</sup>

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)  
(dotyczy postaci papierowej)

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

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.