



**Wniosek pielęgniarki, pielęgniarza o dopuszczenie do kursu realizowanego w ramach  
Projektu pn. „Skutecznie wspieramy potencjał zawodowy kadr medycznych!”  
współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój**

**Agencja Usług Oświatowych**  
**„Omnibus „ Sp. z o. o.**  
ul. Kościuszki 1  
57 – 300 Kłodzko

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego**

.....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL<sup>1</sup> .....

6. Adres do korespondencji .....
- (kod) (miejsowość)
- .....
- (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/pielęgniarza, położnej/ położnego<sup>4</sup>
- ..... wydane przez .....
- (rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania 

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

<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

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

.....

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla realizacji procesu kształcenia podyplomowego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 nr 133, poz. 883 z późn. zm.)

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu promocji Agencji Usług Oświatowych "Omnibus" Sp. z o.o.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

(dotyczy postaci papierowej)

**Do wniosku należy dołączyć:**

- 1) kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) w przypadku współpracy z placówką świadczącą podstawową opiekę zdrowotną - oświadczenie o współpracy z POZ

<sup>5</sup> zaznaczyć x posiadane wykształcenie