



**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 kwalifikacyjnego w dziedzinie

.....

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹

6. Adres do korespondencji

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

Nr telefonu² adres e-mail²

7. Tytuł zawodowy³

pielęgniarka/ pielęgniarz

położna/położny

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

..... wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania
zawodu

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

¹ w przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania

² pole nieobowiązkowe

³ zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy

⁴ niepotrzebne skreślić

10. Wykształcenie⁵

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)

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursu specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

⁵ zaznaczyć x posiadane wykształcenie

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 pielęgniarki, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) zaświadczenie wydane przez pracodawcę lub oświadczenie złożone przez osobę o przepracowaniu co najmniej 6 miesięcy w zawodzie pielęgniarki, pielęgniarza – oryginał lub kopia,
- 3) w przypadku współpracy z placówką świadczącą podstawową opiekę zdrowotną - oświadczenie o współpracy z POZ