

## Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie

.....

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 przez .....

(rok wydania)

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

.....

.....

<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

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

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.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis wnioskodawcy)  
(dotyczy postaci papierowej)