

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego

-
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/pielęgniarsza, położnej/ położnego⁴
..... wydane przez
- (rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

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

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

⁵ zaznaczyć x posiadane wykształcenie

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)