



# OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w SŁUPSKU

## WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE NA SZKOLENIE

SPECJALIZACJA

KURS  
KWALIFIKACYJNY

KURS  
SPECJALISTYCZNY

KURS  
DOKSZTAŁCAJĄCY

.....  
**Nazwa szkolenia**

1. Imię (imiona) i nazwisko: .....

2. Data urodzenia: .....

3. Miejsce urodzenia: .....

4. Obywatelstwo: .....

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

6. Adres do korespondencji:  -  .....

.....  
(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: .....

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: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.). Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

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.