

## WZÓR

Nazwa organizatora kształcenia  
podyplomowego

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu dokształcającego .....**

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  
.....
  12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia  
.....  
.....  
(miejscowość, data)

<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.

