

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE:

UWAGA! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

NAZWA KURSU:	
---------------------	--

1 – 5. DANE OSOBOWE:

1. Imię (imiona)		1. Nazwisko	
2. Data urodzenia		3. Miejsce urodzenia	
4. Obywatelstwo		5. PESEL	

DANE KONTAKTOWE (pole nieobowiązkowe):

Nr telefonu		Adres e-mail	
-------------	--	--------------	--

6. ADRES DO KORESPONDENCJI:

Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica, nr domu		Województwo	

7. TYTUŁ ZAWODOWY (zaznacz „X”):

<input type="checkbox"/> pielęgniarka/pielęgniarcz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> położna/położny	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--	--------------------------

8. ZAŚWIADCZENIE O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU (pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego):

Rok wydania		Wydane przez	
-------------	--	--------------	--

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

10. WYKSZTAŁCENIE (zaznacz „X” posiadane wykształcenie):

<input type="checkbox"/> średnie zawodowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> licencjat w innej dziedzinie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> magister położnictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> magister w innej dziedzinie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> stopień naukowy doktora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stopień naukowy doktora habilitowanego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY:

Pełna nazwa zakładu pracy	
Adres zakładu pracy	

12. NAZWA OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, WŁAŚCIWEJ DLA MIEJSCA ZATRUDNIENIA:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w	
--	--

13. STAŻ PRACY W ZAWODZIE (ogółem)

w tym w okresie ostatnich 5 lat

14. STAŻ PRACY związany z dziedziną specjalizacji

15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

16. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji)

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

Uzupełniony formularz proszę dostarczyć: pocztą, mailem, faxem lub osobiście – dane adresowe poniżej

Przesyłając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Firmy Zakład Doskonalenia Zawodowego, ul. Browarna 19, 64-920 Piła, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) z przeznaczeniem do wykorzystania ich w celach ściśle związanych z organizowanymi szkoleniami. Mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

Potwierdzam zgodność danych zawartych we wniosku:
Miejscowość, data podpis wnioskodawcy

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Kieruję Panią/Pana:

na szkolenie w dziedzinie/w zakresie:

Koszt szkolenia w kwocie (zł.): pokrywa

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(pieczęć i podpis kierownika zakładu pracy)

Uzupełniony formularz proszę dostarczyć: pocztą, mailem, faxem lub osobiście – dane adresowe poniżej