



OSRODEK KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
AKADEMIA LIPIŃSKIEGO

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Akademii Nauk Stosowanych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie:

.....
.....

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce urodzenia.....

4. Obywatelstwo.....

5. PESEL ¹⁾

6. Adres do korespondencji

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

(kod pocztowy)

(miejsowość)

.....

(ulica)

.....

(nr domu)

.....

(nr mieszkania)

.....

(województwo)

Nr telefonu

Adres e-mail

7. Tytuł zawodowy²⁾

pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego³⁾ wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

10. Wykształcenie ⁴⁾

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

.....
.....

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

²⁾ Zaznaczyć X posiadany tytuł zawodowy

³⁾ Niepotrzebne skreślić

⁴⁾ 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 (szkolenie specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

*** Do niniejszego wniosku należy dołączyć kserokopie pierwszej strony Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ) oraz zaświadczenie o co najmniej 6-miesięcznym stażu pracy w zawodzie.**

Powyższa treść zgodna jest z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2016 , poz.1761).

.....

.....

(miejsowość, data)

(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy wersji papierowej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z art. 13 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Akademii Nauk Stosowanych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach: iod@wsepinm.edu.pl, tel. 41 366 93 73

.....

.....

(miejsowość, data)

(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy wersji papierowej)