



Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego:

.....
.....

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia.....

3. Miejsce urodzenia.....

4. Obywatelstwo.....

5. PESEL ¹⁾

6. Adres do korespondencji

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

(kod pocztowy)

(miejscowość)

.....
(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/pielęgniara
, 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

.....

Powyższa treść zgodna jest z załącznikiem nr 10 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)