



OSRODEK KSZTAŁCENIA
PODYPLOMOWEGO
PIELĘGNAREK I POŁOŻNYCH
AKADEMIA LIPIŃSKIEGO

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

Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie:

.....
.....

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/pielęgniarka
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), 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)?

TAK

NIE

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji

ze

specjalizacji

.....

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

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 kserokopię pierwszej strony Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ) oraz zaświadczenie o co najmniej 2 letnim stażu pracy w zawodzie w okresie ostatnich 5 lat.**

Powyższa treść zgodna jest z załącznikiem nr 1 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)