Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 30 września 2016 r. (poz.1761)

**Załącznik nr 10**

*Nazwa organizatora kształcenia*

 *Podyplomowego*

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego w dziedzinie**

**…………………………………………………..………………………………………….…**

1. Imię (imiona) i nazwisko ........................................................................................................

2. Data urodzenia ......................................................................................................................

3. Miejsce urodzenia .................................................................................................................

4. Obywatelstwo …....................................................................................................................

5. PESEL1)..................................................................................................................................

6. Adres do korespondencji – - ……………………………………………………….

 (kod) (miejscowość)

………………………........ ……………… …… …………………………………….…….

 (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)

Nr telefonu2) ............................................ adres e-mail2) ……………………..…………

7. Tytuł zawodowy3)

pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/

położnego4) .......................... wydane przez ..............................................................................

 (rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

10. Wykształcenie5)

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) Pole nieobowiązkowe.

3) Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

4) Niepotrzebne skreślić.

5) Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.

﻿

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

…………………………………………………………….………………………...........................

…………………………………… ……………………………………..……

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

 (dotyczy postaci papierowej)