Załącznik nr 4

**WZÓR**

**PAŃSTWOWA KOMISJA EGZAMINACYJNA**

**WNIOSEK O DOPUSZCZENIE DO EGZAMINU PAŃSTWOWEGO**

**Imię (imiona) i nazwisko**

Imię ojca ........................... Nazwisko rodowe ..........................................................

# Data urodzenia ......................................................................................................

# Miejsce urodzenia .................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres do korespondencji .......…………………………………………………………………...................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu ........................................................................................................................

**Tytuł zawodowy[[1]](#footnote-1)\***:

pielęgniarka

pielęgniarz

położna

położny

**Wykształcenie**\*:

średnie zawodowe ****

wyższe zawodowe:

tytuł licencjata pielęgniarstwa

tytuł licencjata położnictwa

 tytuł licencjata w innej dziedzinie

wyższe magisterskie:

tytuł magistra pielęgniarstwa

tytuł magistra położnictwa

tytuł magistra w innej dziedzinie

wyższe **–** stopień naukowy doktora

**Zatrudnienie** na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ……

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

Numer rejestru pielęgniarek i położnych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że specjalizację odbyłam(em)[[2]](#footnote-2)\*

w ramach miejsca dofinansowanego przez Ministra Zdrowia

w ramach miejsca nie finansowanego przez Ministra Zdrowia

**Wnioskuję o dopuszczenie mnie do egzaminu państwowego w dziedzinie** ………… ……………………………………………………………………………………………………………

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Egzaminu Państwowego zamieszczonym na stronie [www.ckppip.edu.pl](http://www.ckppip.edu.pl)

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

 miejscowość, data podpis

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na zbieranie, przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych
w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia egzaminu i wydania stosownych dokumentów, zgodnie
z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (Dz.U. z 2016 r., poz. 922).

 ....................................

 data i podpis

W załączeniu:

1) karta specjalizacji\*\* (skreśla się wyłącznie w przypadku załączenia dokumentu potwierdzającego zwolnienie z obowiązku odbycia specjalizacji w całości);

2) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbycia specjalizacji w części\*\*;

3) dokument potwierdzający zwolnienie z obowiązku odbycia specjalizacji

1. \* we właściwej kratce postawić znak „X” [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)