UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY

W BIAŁYMSTOKU

ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok

tel. centr. 85 831 80 00, fax 85 831 88 80

NIP 542-25-34-985, REGON 000288610

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego**

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia

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

1. Obywatelstwo
2. PESEL[[1]](#footnote-1)
3. Adres do korespondencji: kod miejscowość

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

Nr telefonu[[2]](#footnote-2) adres e-mail2

1. Tytuł zawodowy[[3]](#footnote-3) pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny
2. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza,

położnej/położnego[[4]](#footnote-4) wydane przez

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

(rok wydania)

1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
2. Wykształcenie[[5]](#footnote-5):

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

1. Nazwa i adres miejsca pracy:

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

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

(dotyczy postaci papierowej)

1. W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwa i nr dokumentu oraz kraj wydania [↑](#footnote-ref-1)
2. Pole nieobowiązkowe [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć X posiadany tytuł naukowy [↑](#footnote-ref-3)
4. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)
5. Zaznaczyć X posiadane wykształcenie [↑](#footnote-ref-5)