|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu: |  |
| *WYPEŁNIA ORGANIZATOR* |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**WNIOSEK**

**pielęgniarki/pielęgniarza/położnej/położnika o dopuszczenie do kursu specjalistycznego*/*kursu kwalifikacyjnego w ramach projektu „Wzrost kwalifikacji pielęgniarek i położnych w zakresie potrzeb epidemiologicznych i demograficznych kraju”**

 **nr POWR.05.04.00-00-0013/15-00**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| Imię ojca |  | Nazwisko rodowe |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  | Płeć |  Kobieta  Mężczyzna |
| PESEL |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon stacjonarny |  | Telefon komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarskiej (pełna nazwa ostatniej ukończonej szkoły) |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarki/pielęgniarza |  | Rok uzyskania dyplomu pielęgniarki/pielęgniarza(ostatnie kwalifikacje) |  |
| Nazwa Organu wydającego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |  |
| Rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu |  | Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza: |  |
| Numer rejestru pielęgniarek i położnych |  |
| Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa) |  |
| Zajmowane stanowisko |  | Oddział |  |
| Staż pracy w latach |  | Pracownik POZ |  Tak  Nie |
| Wykształcenie |  Wyższe  Policealne  Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) |
| **DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:** | kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, (pole),kopia wpisu o zmianie nazwiska, kopia wpisu o zmianie Izb) |
| kopia dokumentu potwierdzającego aktualne zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (którego data sporządzenia nie przekracza 1 miesiąca do dnia postępowania kwalifikacyjnego) |
| kserokopia dyplomu ukończenia szkoły |
| Proszę zaznaczyć wybrany kurs oraz wskazać wybraną miejscowość odbywania kursu | *nazwa kursu* | *Wstaw X* | *Wpisz miejscowość* |
| „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny |  |  |
| „Wywiad i badania fizykalne” dla pielęgniarek i położnych – kurs specjalistyczny |  |  |
| „Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów” – kurs specjalistyczny |  |  |
| „Pielęgniarstwo onkologiczne” – kurs kwalifikacyjny |  |  |
| **OŚWIADCZENIA** |
| **Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu „Wzrost kwalifikacji pielęgniarek i położnych w zakresie potrzeb epidemiologicznych i demograficznych kraju”** **nr POWR.05.04.00-00-0013/15-00**  **akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.** |
|  ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis wnioskodawcy |
| **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Państwową Wyższą Szkołę Zawodową im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.** |
|  |