

Organizator: Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław,

Tel. 783 371 474

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

www.eckp.wroclaw.pl

UWAGA: PROSZE WYPEŁNIAĆ PISMEM DRUKOWANYM !!!

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU KWALIFIKACYJNEGO:

.....
/ pełna nazwa kursu wg harmonogramu /

1. Imię (imiona) i nazwisko: _____

2. Data urodzenia _____ 3. Miejsce urodzenia: _____ 4. Obywatelstwo: _____

5. PESEL¹⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 NIP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adres do korespondencji: KOD POCZT. _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____

NR DOMU _____ E-MAIL _____ TELEFON _____

7. Tytuł zawodowy³⁾: pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny 8. Staż pracy w zawodzie (ogółem) _____

9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu: pielęgniarki / pielęgniarza, położnej / położnego⁴⁾

ROK WYDANIA..... WYDANE PRZEZ

10. Numer prawa wykonywania zawodu:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DATA WYDANIA: _____

11. Wykształcenie³⁾: 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

12. Nazwa i adres miejsca pracy: _____

13. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia: _____

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

Uczestnik wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez EUROPEJSKIE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO Bartosza Uchmanowicza dla potrzeb związanych z realizacją programu szkolenia (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych, Dz.U. nr 4 poz. 1182 z późn. zmianami).

_____ / miejscowość, data/

_____ / podpis składającego zgłoszenie/

UWAGA: Do zgłoszenia należy dołączyć zaświadczenie o stażu pracy w zawodzie pielęgniarki oraz kserokopię prawa wykonywania zawodu

¹⁾ W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.
²⁾ Pole nieobowiązkowe. ³⁾ Zaznaczyć x odpowiednie pole. ⁴⁾ Niepotrzebne skreślić.