



**Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie „Projekt kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Polsce Zachodniej” - Wzór formularza zgłoszeniowego

Organizator: **Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego .....**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL<sup>1)</sup> .....
6. Adres do korespondencji 

--	--

 – 

--	--	--	--

 .....
- (kod) (miejscowość)
- .....
- (ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)
- Nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....
7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>  
pielęgniarka/pielęgniarsz  położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsz, położnej/położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....
- (rok wydania)
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 

--	--	--	--	--	--	--	--
10. Wykształcenie<sup>5)</sup>  
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  
.....  
.....

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.



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

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam chęć uczestnictwa w zajęciach realizowanych w województwie (dotyczy kursu „Wywiad i badanie fizykalne” oraz „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego”):

.....  
(należy wybrać 1 spośród: dolnośląskie, opolskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie, lubuskie)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)



Organizator: **Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu**

**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie  
PIELĘGNIARSTWO PSYCHIATRYCZNE**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL<sup>1)</sup> .....
6. Adres do korespondencji 

--	--

 – 

--	--	--	--

 .....
- (kod) (miejsowość)
- .....  
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania) (województwo)
- Nr telefonu<sup>2)</sup> ..... adres e-mail<sup>2)</sup> .....
7. Tytuł zawodowy<sup>3)</sup>  
pielęgniarka/pielęgniarz  położna/położny
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara, położnej/  
położnego<sup>4)</sup> ..... wydane przez .....
- (rok wydania)
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 

--	--	--	--	--	--	--	--
10. Wykształcenie<sup>5)</sup>  
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  
.....  
.....

<sup>1)</sup> W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.

<sup>2)</sup> Pole nieobowiązkowe.

<sup>3)</sup> Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.

<sup>4)</sup> Niepotrzebne skreślić.

<sup>5)</sup> Zaznaczyć x posiadane wykształcenie.



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

.....

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) .....

14. Ukończone kształcenie podyplomowe

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).*

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)