Organizator: **Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego**
ul. Mostowa 27/409, 61-854 Poznań,
Tel. 783 314 474, Fax 61 610 10 99,
e-mail: eckp@eckp.poznan.pl
www.eckp.poznan.pl

UWAGA: PROSZĘ WYPEŁNIAĆ PISMEM DRUKOWANYM !!!

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA:

……

1. Imię (imiona) i nazwisko:_____

2.Data urodzenia_____3.Miejsce urodzenia:_____ 4.Obywatelstwo: _____

5. PESEL[1]: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ NIP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6. Adres do korespondencji: KOD POCZT._____MIEJSCOWOŚĆ_____ULICA_____

NR DOMU _____E-MAIL_____TELEFON_____

7. Tytuł zawodowy [3] [4]: pielęgniarka/pielęgniarz☐ położna/położny☐

8. Staż pracy w zawodzie (ogółem)_____w tym w okresie ostatnich 5 lat _____

9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu : pielęgniarki / pielęgniarza, położnej / położnego[4]

ROK WYDANIA..... WYDANE PRZEZ .....

10. Numer prawa wykonywania zawodu: ☐☐☐☐☐☐☐☐ DATA WYDANIA: _____

11. Wykształcenie[3]: 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. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji:_____

15. Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji" rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)? [3]TAK: ☐ NIE: ☐

Jeżeli TAK, proszę podać datę[4]:

zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji_____

16. 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 Bartosz Uchmanowicz 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.