Załączniki do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. (poz. 1761)

|  |
| --- |
|  |
| *Warszawski Uniwersytet Medyczny**Wydział Nauki o Zdrowiu* |  |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie**……………………………….................................................................................................................................................. |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko ...................................................................................................... |
| 2. Data urodzenia ...................................................................................................................... |
| 3. Miejsce urodzenia ................................................................................................................. |
| 1. Obywatelstwo …...................................................................................................................
 |
| 1. PESEL[[1]](#footnote-1)).................................................................................................................................
2. Adres do korespondencji – ………………………………………..
 |
| (kod)  |  (miejscowość) |
|  |  ................................(ulica) |  ..............(nr domu) |  .......................(nr mieszkania) |   | ...........................................(województwo) |
| Nr telefonu[[2]](#footnote-2)) | ................................ | adres e-mail2) ……………………… |
| 7. Tytuł zawodowy[[3]](#footnote-3)) pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny  |
| 8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego[[4]](#footnote-4)) .......................... wydane przez ........................................................... (rok wydania) |
| 1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. 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 …………………………………………………………….……………………….................
 |
| 1. Staż pracy w zawodzie (ogółem) .................., w tym w okresie ostatnich 5 lat ....................
 |
| 1. Staż pracy związany z dziedziną specjalizacji ………………………….…………….…....
 |
| 1. 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)?

 TAK NIE Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji …………………………. |
| 1. Ukończone kształcenie podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji)
 |
| Rodzaj kształcenia(szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe) | Nazwa ukończonego kształcenia(dziedzina, zakres) | Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………… …………………………

 (miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

(dotyczy postaci papierowej)

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