|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Warszawski Uniwersytet Medyczny** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego**  *wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami*  **w dziedzinie** …………................................................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko ......................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Data urodzenia ......................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Miejsce urodzenia .................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Obywatelstwo .......................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. PESEL1)………………………………….……………………………..…………………….. 2. Adres do korespondencji – …….………………………….....…….... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (kod) | | | | | | | | | | | (miejscowość) | | | | | | | | | |
|  | ................................  (ulica) | | ..............  (nr domu) | | | | .......................  (nr mieszkania) | | |  | ...............................................  (województwo) | | | | | | | | | |
| Nr telefonu2) | | ................................. | | | | adres e-mail2) …………………...……………..… | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Tytuł zawodowy3)  pielęgniarka/pielęgniarz położna/położny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego4) .......................... wydane przez ...........................................................  (rok wydania) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu | | | | | | | |  |  | | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |
| 1. Wykształcenie5)   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) W przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania.  2)  Pole nieobowiązkowe.  3) Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy.  4) Niepotrzebne skreślić.  5) 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 | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |

❑ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn.zm.).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm) administratorem danych jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, zaś podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

………………………… ……………….……………

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

(dotyczy postaci papierowej)