|  |  |
| --- | --- |
| **Warszawski Uniwersytet Medyczny** |  |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego** *wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami* ………….……………………………………………………………………………………….. |
| 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 …………………………………………………………………………………………… |

❑ 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)