|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Warszawski Uniwersytet Medyczny** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji**  *wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami*  **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 | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |

❑ 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)

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)