|  |  |
| --- | --- |
| **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 ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (w skrócie:”RODO”).

Zostałam/em poinformowany, że zgodnie z przywołanym wyżej Rozporządzeniem 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)