

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO:

UWAGA! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

| | |
|---------------------|--|
| NAZWA KURSU: | |
|---------------------|--|

1 – 5. DANE OSOBOWE:

| | | | |
|-------------------|--|----------------------|--|
| 1. Imię (imiona) | | 1. Nazwisko | |
| 2. Data urodzenia | | 3. Miejsce urodzenia | |
| 4. Obywatelstwo | | 5. PESEL | |

DANE KONTAKTOWE (pole nieobowiązkowe):

| | | | |
|-------------|--|--------------|--|
| Nr telefonu | | Adres e-mail | |
|-------------|--|--------------|--|

6. ADRES DO KORESPONDENCJI:

| | | | |
|----------------|--|-------------|--|
| Kod pocztowy | | Miejscowość | |
| Ulica, nr domu | | Województwo | |

7. TYTUŁ ZAWODOWY (zaznacz „X”):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pielęgniarka/pielęgniarcz | <input type="checkbox"/> położna/położny |
|--|--|

8. ZAŚWIADCZENIE O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU (pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego):

| | | | |
|-------------|--|--------------|--|
| Rok wydania | | Wydane przez | |
|-------------|--|--------------|--|

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

10. WYKSZTAŁCENIE (zaznacz „X” posiadane wykształcenie):

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | | | |
| <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa | | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa | <input type="checkbox"/> licencjat w innej dziedzinie |
| <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | | <input type="checkbox"/> magister położnictwa | <input type="checkbox"/> magister w innej dziedzinie |
| <input type="checkbox"/> stopień naukowy doktora | | <input type="checkbox"/> stopień naukowy doktora habilitowanego | |

11. NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY:

| | |
|---------------------------|--|
| Pełna nazwa zakładu pracy | |
| Adres zakładu pracy | |

12. NAZWA OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, WŁAŚCIWEJ DLA MIEJSCA ZATRUDNIENIA:

| |
|--|
| Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w |
|--|

Zakład Doskonalenia Zawodowego, jako administrator danych, informuje iż podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu zgłoszenia uczestnika w kursie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do prawidłowej realizacji zadań związanych z kursem, a także zgodnie z innymi/powiązanyymi przepisami prawa. Administrator Danych powołał Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adres e-mail: iodo@zdz.com.pl. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych - ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów prawa. Podane dane będą przetwarzane na zasadzie dobrowolności ich podania - zgodnie z treścią ogólnego rozporządzenia o ochronie danych. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Potwierdzam zgodność danych zawartych we wniosku:
Miejscowość, data
podpis wnioskodawcy

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Kieruję Panią/Pana:

na szkolenie w dziedzinie/w zakresie:

Koszt szkolenia w kwocie (zł.): pokrywa

.....
(miejscowość, data)
(pieczętka zakładu pracy)
(pieczętka i podpis kierownika zakładu pracy)

Uzupełniony formularz proszę dostarczyć: pocztą, mailem, faxem lub osobiście – dane adresowe poniżej