

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO SPECJALIZACJI W DZIEDZINIE:

UWAGA! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

DZIEDZINA SPECJALIZACJI:	
-------------------------------------	--

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/pielęgniarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> położna/położny	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------	--------------------------

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):

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

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	
------------------------------------------	--

13. STAŻ PRACY W ZAWODZIE (ogółem)

W TYM W OKRESIE OSTATNICH 5 LAT

14. STAŻ PRACY ZWIĄZANY Z DZIEDZINĄ SPECJALIZACJI

15. 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)?

Zaznacz „X”

TAK	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

NIE	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

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

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji

16. 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

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 (nazwisko i imię):			
Koszt szkolenia w kwocie (zł.):		pokrywa	uczestnik kursu / zakład pracy *

* - niepotrzebne skreślić

data	Pieczętka zakładu pracy	Pieczętka i podpis osoby upoważnionej

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