

Zakład Doskonalenia Zawodowego w Poznaniu	Formularz zgłoszeniowy
Nazwa organizatora kształcenia podyplomowego	UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, a pola wyboru zaznaczyć „X”

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO:

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

DANE OSOBOWE:

1. Imię (imiona)		1. Nazwisko			
2. Data urodzenia		3. Miejsce urodzenia			
4. Obywatelstwo		5. PESEL	<table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="width: 50px;">Wiek</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> </table>	Wiek	
Wiek					

DANE KONTAKTOWE (pole nieobowiązkowe):

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

6. DANE ADRESOWE:

Kod pocztowy		Poczta	
Ulica, nr domu		Miejscowość	
Gmina/Powiat		Województwo	

ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli jest inny niż dane adresowe):

--

7. TYTUŁ ZAWODOWY (ZAZNACZ „X”):

pielęgniarka/pielęgniarz		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):

średnie zawodowe (ponadgimnazjalne)		policealne	
licencjat pielęgniarstwa		licencjat położnictwa	licencjat w innej dziedzinie
magister pielęgniarstwa		magister położnictwa	magister w innej dziedzinie
stopień naukowy doktora		stopień naukowy doktora habilitowanego	

11. NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY:

(do formularza należy dołączyć aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/położnego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, wystawione nie wcześniej niż 1 miesiąc przed dniem postępowania kwalifikacyjnego)

Pełna nazwa zakładu pracy	
Adres zakładu pracy	

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia:

--

Konin, dn Miejscowość, data Podpis osoby zgłaszającej uczestnictwo w projekcie
--------------------------------------	---

Przesyłając/wypełniając ten formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz przesyłanie informacji drogą elektroniczną i umieszczenie ich w bazie danych Firmy Zakład Doskonalenia Zawodowego, ul. Z. Urbanowskiej 9, 62-500 Konin, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) z przeznaczeniem do wykorzystania ich w celach ściśle związanych z organizowanymi szkoleniami. Mam świadomość, że przysługuje mi prawo dostępu, poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania. Swoje dane udostępniam dobrowolnie.

Konin,

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu:
Data Czytelny podpis kandydata

SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY

Kieruję Panią/Pana:

.....
na szkolenie w dziedzinie/w zakresie:

Koszt szkolenia w kwocie (zł.): pokrywa

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć zakładu pracy)

.....
(pieczęć i podpis kierownika zakładu pracy)

ORGANIZATOR - ZGŁOSZENIE PRZYJĘTO: Data: Podpis osoby odpowiedzialnej: