

**WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE:**

UWAGA! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

<b>NAZWA KURSU:</b>	
---------------------	--

**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"/>	<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):**

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

--

**14. Ukończone kształcenie podyplomowe:**

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne lub specjalistyczne)	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/powiązany 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

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

**SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ ZAKŁAD PRACY**

Kieruję Panią/Pana: .....

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

Koszt szkolenia w kwocie (zł.): ..... pokrywa .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć zakładu pracy)

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

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