

Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie doszkalającym

w zakresie

dla

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Nazwisko rodowe..... Imię ojca.....
3. Nr NIP..... PESEL.....
4. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
(*miejsowość, województwo*)
5. Adres zamieszkania.
.....
.....
(*kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina*, województwo*)
6. Numer telefonu: domowy służbowy
7. Wykształcenie zawodowe
8. Nazwa szkoły medycznej
rok ukończenia uzyskany tytuł
9. Prawo wykonywania zawodu: Numerdata wystawienia
wydane przez
numer rejestru Pielęgniarek i Położnych
10. Przebyte szkolenia: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne; rok ukończenia:
.....
.....
12. Miejsce pracy: pełna nazwa i adres zakładu pracy
.....
NIP zakładu pracy nr faxu
komórka organizacyjna
organ założycielski
13. Zajmowane stanowisko
14. Staż pracy: w zawodzie zgodnie z dziedziną kursu
15. Izba Pielęgniarska właściwa dla miejsca zatrudnienia
-
16. Numer rejonu wyborczego

*niepotrzebne skreślić

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

Data

.....

(podpis)

UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami