STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
NA RZECZ ROZWOJU I DOSKONALENIA
ZAWODOWEGO „NOSTRUM”
21-500 BIAŁA PODLASKA, UL. OKOPOWA 3/115
tel./fax 83 342 22 59, mail: nostrum@poczta.onet.pl www.nostrumbp.pl

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO .....

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Data urodzenia .....
3. Miejsce urodzenia .....
4. Obywatelstwo .....
5. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
6. Adres do korespondencji ☐☐ - ☐☐☐ .....
   kod miejscowość

   ....
   ulica nr domu nr mieszkania województwo

   Nr telefonu ..... Adres e-mail .....
7. Tytuł zawodowy* pielęgniarka/pielęgniarz ☐ położna/położny ☐
8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/ położnego** ..... wydane przez .....
   (rok wydania)
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu ☐☐☐☐☐☐☐☐
10. Wykształcenie*** średnie zawodowe ☐
    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
    .....
    .....
12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia
    .....

....
(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)

* Zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy
** Niepotrzebne skreślić
*** Zaznaczyć x posiadane wykształcenie