

WNIOSEK

o zaliczenie modułów, wybranych jednostek modułowych, szkolenia praktycznego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie

Nazw i adres organizatora kształcenia **STOWARZYSZENIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA
RZECZ ROZWOJU I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO „NOSTRUM” UL. OKOPOWA 3
21-500 BIAŁA PODLASKA**

Część A (wypełnia wnioskodawca)

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Miejsce urodzenia
4. Obywatelstwo
5.

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6. Adres do korespondencji

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			kod		

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		miejsowość	

.....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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/pielęgniarsza, położnej/
położnego** wydane przez
9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (rok wydania)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------
10. Przebieg pracy zawodowej (w ciągu 5 lat)

Lp.	Nazwa zakładu pracy, adres	Okres zatrudnienia	Miejsce pracy (oddział, poradnia, inne)

11. Posiadany tytuł specjalisty

Lp.	Dziedzina specjalizacji	Numer oraz data i miejsce wydania dyplomu	Nazwa organizatora kształcenia	Data zakończenia specjalizacji

12. Ukończone kursy kwalifikacyjne

Lp.	Nazwa kursu kwalifikacyjnego	Numer oraz data i miejsce wydania zaświadczenia	Nazwa organizatora kształcenia	Data zakończenia kursu kwalifikacyjnego

13. Ukończone kursy specjalistyczne

Lp.	Nazwa kursu specjalistycznego	Numer oraz data i miejsce wydania zaświadczenia	Nazwa organizatora kształcenia	Data zakończenia kursu specjalistycznego

14. Ukończone studia podyplomowe

Lp.	Nazwa studiów podyplomowych	Numer oraz data i miejsce świadectwa	Nazwa uczelni

15. Wnioskuje o zaliczenie:

Lp.	Obszar do zaliczenia	Nazwa modułu, jednostki modułowej / nazwa placówek stażowych	Podstawa zaliczenia (ukończone kursy / zatrudnienie)
	Modułów lub jednostek modułowych		
	Szkolenia praktycznego		

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)
(dotyczy postaci papierowej)

Część B (wypełnia organizator kształcenia)

Obszar do zaliczenia	Nazwa modułu lub jednostki modułowej	Merytoryczna opinia kierownika potwierdzona podpisem	Decyzja organizatora kształcenia potwierdzona podpisem
Moduły lub jednostki modułowe			
Szkolenie praktyczne (nazwa placówki)			

Uzasadnienie decyzji:

.....

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)
(dotyczy postaci papierowej)