

## WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO:

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”):

|                          |                          |                 |                          |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| pielęgniarka/pielęgniarz | <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):

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

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/powiązanyymi 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.

.....  
(miejscowość, data)

### 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)

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