Formularz zgłoszenia na kurs dla pielęgniarek/położnych

Temat Kursu: .....

Termin: .....

1. Nazwisko i Imię .....

2. nazwisko rodowe .....

3. Imiona rodziców .....

.....

4. Data i miejsce urodzenia, województwo .....

.....

PESEL: | | | | | | | | | | | |

5. Adres zamieszkania z kodem, województwo .....

..... tel. .....

6. Adres e-mail .....

7. Dokładny adres miejsca pracy, oddział .....

8. Wykształcenie zawodowe .....

.....

9. Nazwa szkoły .....

10. Data wydania dyplomu .....

11. Numer i data wydania prawa wykonywania zawodu .....

Nr rejestru .....

12. Przebyte szkolenia .....

.....

13. Staż pracy zgodny z kierunkiem kursu .....

14. Przebieg pracy zawodowej .....

.....

15. Koszty szkolenia pokrywa* .....

* W przypadku pokrywania kosztów kursu przez zakład pracy konieczne jest potwierdzenie formularza przez pracodawcę.

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych w zakresie niezbędnym dla realizacji kształcenia – zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1992 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz. 883)

....

podpis i pieczątka pracodawcy podpis pielęgniarki/położnej

data .....