

WNIOSEK O ZAKWALIFIKOWANIE DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO:

UWAGA! Wniosek należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

NAZWA KURSU:

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”):

<input type="checkbox"/> pielęgniarka/pielęgniarz	<input type="checkbox"/> położna/położny
---	--

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):

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

11. NAZWA I ADRES MIEJSCA PRACY:

Pełna nazwa zakładu pracy	
Adres zakładu pracy	

12. NAZWA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK 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.

Potwierdzam zgodność danych zawartych we wniosku:
Miejscowość, data podpis wnioskodawcy

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

CENTRUM DOSKONALENIA KADR MEDYCZNYCH - ZAKŁAD DOSKONALENIA ZAWODOWEGO – CENTRUM KSZTAŁCENIA W PILE
64-920 Piła, ul. Browarna 19, tel. 67/214-82-76, tel./fax 67/213-15-74, tel. 723 405 247, e-mail: kursy@zdz.pila.pl