

Zgłoszenie

na kurs

1. Nazwisko i imię

2. Data i miejsce urodzenia

3. PESEL

4. Adres zamieszkania.....

5. Numer telefonu kontaktowego

6. Wykształcenie

(podać dokładną nazwę szkoły medycznej, miejscowość i rok ukończenia)

7. Data otrzymania prawa wykonywania zawodu

8. Nr prawa wykonywania zawodu

(zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu)

9. Staż pracy – ogółem: - w tym zgodny z kierunkiem kursu

10. Odbyte szkolenia podyplomowe (kursy)

.....

.....

11. Obecne miejsce pracy (miejsce odprowadzania składek na rzecz OIPiP w Katowicach)

.....

.....

(podać nazwę zakładu, adres, telefon)

12. Stanowisko (funkcja)

13. Numer Rejestru Pielęgniarek i Położnych

Data

Podpis

.....
(pieczęć zakładu pracy)

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu oraz wyrażam zgodę na udzielenie
Pani urlopu szkoleniowego w okresie
i pokrycie kosztów przejazdu od do i z powrotem.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis kierownika zakładu)

Do zgłoszenia należy dołączyć kserokopie zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu