

Wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego/kwalifikacyjnego*

(*niepotrzebne skreślić)

.....

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia

4. Obywatelstwo

5. PESEL¹

6. Adres do korespondencji

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica)

(nr domu)

(nr mieszkania)

(województwo)

Nr telefonu²..... adres e-mail²

7. Tytuł zawodowy³

pielęgniarka/ pielęgniarz

położna/położny

8. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, położnej/ położnego⁴

..... wydane przez

(rok wydania)

9. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Wykształcenie⁵

średnie zawodowe

licencjat pielęgniarstwa

licencjat położnictwa

licencjat w innej dziedzinie

magister pielęgniarstwa

magister położnictwa

magister w innej dziedzinie

stopień naukowy doktora

stopień naukowy doktora habilitowanego

11. Nazwa i adres miejsca pracy

.....
.....

¹ w przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania

² pole nieobowiązkowe

³ zaznaczyć x posiadany tytuł zawodowy

⁴ niepotrzebne skreślić

⁵ zaznaczyć x posiadane wykształcenie

12. Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

13. Staż pracy w zawodzie (ogółem) k.kw.

14. Ukończone kształcenie podyplomowe^{k.kw.}

Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursu specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)	Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

^{k.kw.}- dotyczy tylko kursu kwalifikacyjnego

1. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o realizacji szkolenia, o regulaminie i warunkach odbycia szkolenia.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu promocji Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa.
4. Klauzula informacyjna
Zgodnie z art. 13 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE*, Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa informuje, iż:
 - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa, tel. (22) 559 22 39 sekretariat@ikpmed.pwsbia.edu.pl
 - Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji szkolenia.
 - Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją ich nie podania będzie brak możliwości odbycia szkolenia.
 - Pani/Pana danych osobowych nie będą przekazywane innym Odbiorcom.
 - Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - Każdy uczestnik szkolenia posiada prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody.
 - Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Instytut Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

.....
(miejscowość, data)

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