

Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie

-
1. Imię (imiona) i nazwisko
 2. Data urodzenia
 3. Miejsce urodzenia
 4. Obywatelstwo
 5. PESEL¹
 6. Adres do korespondencji-.....
(kod) (miejsowość)
.....
(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

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

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
5. 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:
6. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielnemu Instytutowi Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa, tel. (22) 559 22 39
7. sekretariat@ikpmed.pwsbia.edu.pl
8. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji szkolenia.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, a konsekwencją ich nie podania będzie brak możliwości odbycia szkolenia.
10. Pani/Pana danych osobowych nie będą przekazywane innym Odbiorcom.
11. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z obowiązującymi przepisami.
12. Każdy uczestnik szkolenia posiada prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody.
13. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 14.
15. Przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Instytut Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

.....
(miejsowość, data)

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