



Wniosek o zakwalifikowanie do specjalizacji w dziedzinie

.....

1. **Imię (imiona) i nazwisko**
2. **Data urodzenia**
3. **Miejsce urodzenia**
4. **Obywatelstwo**

5. **Numer PESEL¹⁾**

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

.....

6. **Adres do korespondencji:**

ul. nr domu nr lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

Województwo Powiat

Tel. Komórkowy: _ _ _ _ _ e:mail

7. **Tytuł zawodowy²⁾:**

pielęgniarka/ pielęgniarz położna/ położny

8. **Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza. położnej/ położnego³⁾**

..... wydany przez.....

(rok wydania)

9. **Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu**

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

10. **Wykształcenie⁴⁾**

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 zakładu pracy**

.....

- 1) W przypadku braku numer PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość
- 2) Zaznaczyć X posiadany tytuł zawodowy
- 3) Niepotrzebne skreślić
- 4) Zaznaczyć X posiadany tytuł zawodowy



12. Nazwa Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, właściwa dla miejsca zamieszkania:

-
13. Staż pracy w zawodzie (ogółem):
14. Staż pracy związane z dziedziną specjalizacji:
15. Ukończone kształcenia podyplomowe (w tym wskazanie kursów niezbędnych do zakwalifikowania do przedmiotowej specjalizacji).

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

OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ UCZESTNIKA POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis zgłaszającego

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. L 119/1, 4/05/2016) informuję, iż administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Kształcenia Pielęgniarek przy Centrum Opieki Salus sp. z o.o z siedzibą w Rybnik przy ul. Jastrzębskiej 12. Wszelkie dodatkowe informacje w zakresie Państwa danych osobowych możliwe z wykorzystaniem kontaktu, email: iodosalus@gmail.com tel. 509895797

Państwa dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w zakresie związanym z realizacją specjalizacji. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.

Dane osobowe Państwa będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne tj. w czasie trwania specjalizacji

W dowolnym momencie posiadaj Państwo prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania.

Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych w zakresie niniejszej zgody narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

Wyrażam zgodę na zbieranie, przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia specjalizacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis zgłaszającego