

Data złożenia wniosku:
...../...../.....

**WYPEŁNIAĆ
DRUKIEM!**

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
NA KSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH

kurs kwalifikacyjny

specjalizacja

Nazwisko..... Imię.....

Imię ojca.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

PESEL

Adres zamieszkania - Nr tel.
(kod pocztowy) (miejscowość)

.....
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

Adres do korespondencji - Nr tel.
(kod pocztowy) (miejscowość)

.....
(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

Nazwa ukończonej szkoły/uczelni.....

Rok ukończenia szkoły/uczelni.....

Ukończone kursy/specjalizacje

.....
(nazwa kursu/specjalizacji) (rok ukończenia)

.....
(nazwa kursu/specjalizacji) (rok ukończenia)

.....
(nazwa kursu/specjalizacji) (rok ukończenia)

Nazwa i adres zakładu pracy.....

Zajmowane stanowisko.....

Staż pracy zawodowej.....

Potwierdzenie zatrudnienia przez zakład pracy (pieczęć zakładu pracy)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu na potrzeby WOMP CP-L w Lublinie zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z 29. 08. 1997, Dz. U. 133, poz.833.

tak nie

.....
(podpis)

Do wniosku należy dołączyć kserokopię zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarstwa