



Data wpływu:	
<i>WYPEŁNIA ORGANIZATOR</i>	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WNIOSK

pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej/położnego o dopuszczenie do kursu specjalistycznego/ kursu kwalifikacyjnego¹
w ramach projektu „Recepta na pielęgniarskie kwalifikacje” nr POWR.05.04.00-00-0006/15

DANE OSOBOWE KANDYDATA				
Imię		Nazwisko		
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		
PESEL		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Wiek (w chwili przystąpienia do projektu (pełne lata))		Wykształcenie	<input type="checkbox"/> wyższe: <input type="checkbox"/> mgr <input type="checkbox"/> licencjat <input type="checkbox"/> policealne (policealne szkoły medyczne) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (liceum medyczne)	
Nazwa ukończonej szkoły pielęgniarskiej		Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> pielęgniarz <input type="checkbox"/> położna <input type="checkbox"/> położny	
Numer zaśw. prawa wykonywania zawodu		Staż pracy w zawodzie (pełne lata)		Praca w POZ <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Ukończone kursy (proszę wpisać jakie))	specjalistyczne: kwalifikacyjne:			Współpraca z POZ² <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia, w tym POZ			
ADRES ZAMIESZKANIA ³				
Województwo		Powiat		
Gmina		Miejscowość		
Ulica		Nr budynku		Nr lokalu
Kod pocztowy		Obszar wiejski ⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Telefon kontaktowy		Adres e-mail		
ADRES DO KORESPONDENCJI⁵:				

¹ Niepotrzebne skreślić

² **współpracujący (niezależnie od rodzaju i formy zatrudnienia) z placówką świadczącą podstawową opiekę zdrowotną**

³ Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zmianami)

⁴ Wg. GUS obszar wiejski to teren położony poza granicami administr. miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej

⁵ Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ⁶:	→ kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza lub położnej		
	→ dokument potwierdzający aktualne zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki/arza lub położnej (data sporządzenia nie przekracza 1 miesiąca do dnia złożenia dokumentacji)		
	→ dokument potwierdzający współpracę z POZ (realizowanie świadczeń w ramach podst. opieki zdrowotnej (umowa o pracę, umowa cywilnopraw., działalność lecznicza jako praktyka zawodowa)		
	→ kopia dyplomu ukończenia szkoły na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo		
	→ kopia dyplomu mgr lub licencjat pielęgniarstwa/położnictwa lub zaświadczenie ukończenia specjalizacji (w przypadku zgłoszenia na kurs Ordynowanie leków i wypisywanie recept)		
	→ kopie zaświadczeń ukończenia kursów specjalistycznych lub kwalifikacyjnych		
Proszę zaznaczyć wybrany kurs ⁷ oraz wskazać wybrane województwo ewent. miejscowość odbywania kursu	Nazwa kursu specjalistycznego:	Wstaw X	Wpisz woj./miejscowość
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych - część I (mgr lub specjaliści)		
	„Ordynowanie leków i wypisywanie recept” dla pielęgniarek i położnych - część II (licencjaci lub specjaliści)		
	„Wywiad i badania fizykalne”		
	„Wykonywanie i interpretacja zapisy EKG”		
	„Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów”		
	„Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi” – kurs specjalistyczny		
	„Wykonywanie badania spirometrycznego”		
	Nazwa kursu kwalifikacyjnego (dla pielęgniarek/arzy)	Wstaw X	Wpisz woj./miejscowość
	„Pielęgniarstwo geriatryczne”		
	„Pielęgniarstwo onkologiczne”		
	„Pielęgniarstwo psychiatryczne”		
	<u>OŚWIADCZENIA</u>		
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu „Recepta na pielęgniarskie kwalifikacje” i akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania;			
- Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych			
..... Miejscowość i data	 Podpis wnioskodawcy	

⁶ kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem

⁷ Wstaw znak X przy wybranym kursie. **Uwaga! Zgodnie z Regulaminem projektu każda osoba może wziąć udział w jednym kursie z wyjątkiem kursów "Ordynowanie leków i wypisywanie recept" oraz "Wywiad i badanie fizykalne"**