



**Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego
w ramach projektu „Pielęgniarki i położne na miarę XXI wieku”**

Proszę zaznaczyć wybrany przez Państwa **jeden kurs** (wyjątek stanowią **kursy 1 i 2**, które można ukończyć łącznie) oraz województwo w którym będzie realizowany kurs.

Kursy specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych	warmińsko-mazurskie	pomorskie	podlaskie	kujawsko-pomorskie	mazowieckie
<input type="checkbox"/> Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I (realizowany w 5 województwach)					
<input type="checkbox"/> Wywiad i badanie fizykalne (realizowany tylko w woj. war.-maz.)					
<input type="checkbox"/> Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (realizowany tylko w woj. warm.-maz.)					
<input type="checkbox"/> Opieka pielęgniarska nad chorymi Dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów (realizowany tylko w woj. warm.- maz.)					
Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek					
<input type="checkbox"/> Pielęgniarstwo onkologiczne (realizowany tylko w woj. warm.-maz)					
<input type="checkbox"/> Pielęgniarstwo geriatryczne (realizowany tylko w woj. warm.- maz.)					

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Data urodzenia

3. Miejsce urodzenia.....

4. Obywatelstwo.....

5. PESEL

6. Adres zamieszkania:

ul..... nr domu..... nr lokalu.....

Miejscowość..... Kod pocztowy.....

Województwo.....

7. Adres do korespondencji – □□ - □□□

(kod)

(miejscowość)

.....

(ulica) (nr domu) (nr mieszkania)

(województwo)

Nr telefonu adres e-mail



8. Tytuł zawodowy

pielęgniarka/pielęgniarz

położna/położny

9. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza,

położnej/położnego wydane przez.....
(rok wydania)

10. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

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

11. Wykształcenie

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

12. Nazwa i adres miejsca pracy

.....
.....

Pracownik POZ Tak/Nie¹

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

.....

14. Staż pracy w zawodzie (ogółem)

15. Ukończone kształcenie podyplomowe

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

¹ Zaznaczyć właściwe



15. Oświadczam, że jestem ubezpieczona/ubezpieczony od NNW Tak/Nie²

16. Oświadczam, że nie brałam/brałem udziału w żadnym z wyżej wymienionych kursów, realizowanych w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, Działanie 5.4 Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć³:

- 1) kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/ położnej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) dokumentu potwierdzającego aktualne zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki/ położnej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (którego data sporządzenia nie przekracza 1 miesiąca do dnia postępowania kwalifikacyjnego)
- 3) zaświadczenie/a potwierdzające co najmniej 6 miesięczny staż pracy w zawodzie (tylko w przypadku udziału w kursie kwalifikacyjnym)
- 4) kopia zaświadczenia o ukończonym kursie specjalistycznym Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego i Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (tylko w przypadku udziału w kursie kwalifikacyjnym Pielęgniarstwo geriatryczne). Dokumenty należy dostarczyć najpóźniej na 7 dni przed ustaloną datą egzaminu końcowego kursu kwalifikacyjnego.
- 5) kopia dyplomu ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/ położnictwo lub kopia dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa (tylko w przypadku udziału w kursie specjalistycznym Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I)
- 6) oświadczenie potwierdzające nabycie uprawnień z zakresu wywiadu i badania fizykalnego (tylko w przypadku kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I)
- 7) kopia dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu specjalistycznego „Wywiad i badanie fizykalne” lub innej formy zajęć niż kurs, lecz przyznające tożsame uprawnienia , co wymagane w ramach kursu (tylko w przypadku udziału w kursie specjalistycznym Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I).

² Zaznaczyć właściwe

³ Kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem