



Wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego 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/ pielęgniarsza. 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. Ukończone kształcenia podyplomowe.

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 kursu kwalifikacyjnego. 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 kursu kwalifikacyjnego

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 kursu kwalifikacyjnego.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis zgłaszającego