

Karta kursu kwalifikacyjnego

Część I

1. Imię (imiona) i nazwisko.....
2. Imię ojca Nazwisko rodowe.....
3. Data urodzenia
4. Miejsce urodzenia
5. Obywatelstwo.....

6. PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Adres zameldowania
- | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | (kod) | | | | | (miejscowość) |
| | | | | | | |
| (ulica) | (nr domu) | (nr mieszkania) | (województwo) | | | |

8. Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarzkiej lub położnych i uzyskany tytuł
9. Rok uzyskania dyplomu pielęgniarzki/położnej*
10. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarzki/położnej*

wydane przez

.....

11. Numer w rejestrze pielęgniarzek i położnych

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

12. Nazwa i adres pracodawcy oraz zajmowane stanowisko

.....

.....

.....

13. Wymiar stażu pracy zgodnego z dziedziną kursu kwalifikacyjnego

.....

* Niepotrzebne skreślić.

14. Odbył/a kurs kwalifikacyjny w dziedzinie

zorganizowany przez

(nazwa i adres organizatora kształcenia)

pod kierunkiem

(imię i nazwisko)

w terminie od do

Szkolenie teoretyczne - zaliczone/niezaliczone *

.....

.....

(data)

(podpis kierownika
kursu kwalifikacyjnego)

Szkolenie praktyczne - zaliczone/niezaliczone *

.....

.....

(data)

(podpis kierownika
kursu kwalifikacyjnego)

.....

(podpis i pieczęć organizatora kształcenia)

.....

(miejsowość, data)

* Niepotrzebne skreślić.