

## KARTA ZGŁOSZENIA SŁUCHACZA

na kurs kwalifikacyjny/ specjalistyczny/dokształcający

w dziedzinie.....

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Nazwisko rodowe..... Imię ojca.....

3. Nr NIP.....PESEL.....

4. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....  
(miejsowość, województwo)

5. Adres zamieszkania.....

.....

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina\*, województwo)

6. Numer telefonu: domowy ..... służbowy .....

7. Wykształcenie zawodowe .....

8. Nazwa szkoły medycznej .....

rok ukończenia ..... uzyskany tytuł .....

9. Prawo wykonywania zawodu: Numer .....data wystawienia .....

wydane przez .....

numer rejestru Pielęgniarek i Położnych .....

10. Miejsce pracy: pełna nazwa i adres zakładu pracy .....

.....

NIP zakładu pracy ..... nr faxu .....

11. Zajmowane stanowisko .....

12. Staż pracy: .....

13. Koszty kursu (po zawarciu umowy) pokrywa:

- uczestnik kursu.....

- zakład pracy.....

14. Załącznikami karty kursu są:

- kserokopia prawa wykonywania zawodu,

- zaświadczenia o wymaganym stażu pracy.

**Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu**

Data .....

.....

(podpis)