



**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Data wpływu wniosku:

WYPEŁNIA BENEFICJENT [WSliZ]

## WNIOSEK

**pielęgniarki/pielęgniarsza/położnej/położnika<sup>1</sup> o dopuszczenie do kursu kwalifikacyjnego w ramach projektu *Inwestycje w kompetencje pielęgniarek i położnych gwarancją jakości usług medycznych nr WND-POWR.05.04.00-00-0045/15***

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona) i nazwisko			
Imię ojca		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć	Kobieta Mężczyzna
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Obszar	MIEJSKI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> WIEJSKI		
ADRES DO KORESPONDENCJI <sup>2</sup>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



Adres e-mail			
Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarzkiej (pełna nazwa ostatniej ukończonej szkoły)			
Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarzki/pielęgniarza <sup>3</sup>		Rok uzyskania dyplomu pielęgniarzki/pielęgniarza (ostatnie kwalifikacje)	
Nazwa Organu wydającego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu			
Rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu		Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarzki, pielęgniarza:	
Numer rejestru pielęgniarek i położnych			
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa)			
Zajmowane stanowisko		Oddział	
Staż pracy w latach <sup>4</sup>		Pracownik POZ	Tak    Nie
Nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia			
Wykształcenie	<p>średnie zawodowe</p> <p>licencjat pielęgniarstwa    licencjat położnictwa    licencjat w innej dziedzinie</p> <p>magister pielęgniarstwa    magister położnictwa    magister w innej dziedzinie</p> <p>stopień naukowy doktora    stopień naukowy doktora habilitowanego</p>		
<b>Ukończone kształcenia podyplomowe</b>			
Rodzaj kształcenia (szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne)	Nazwa ukończonego kształcenia (dziedzina, zakres)		Data wydania i numer dyplomu, zaświadczenia

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>4</sup> należy podać w pełnych latach zakończonych



**DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

- kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- kserokopię dyplomu ukończenia studiów wyższych lub dyplomu specjalisty – oryginały do wglądu,
- dokument potwierdzający posiadanie co najmniej 6-miesięcznego stażu pracy w zawodzie.

Proszę zaznaczyć wybrany kurs<sup>5</sup> i wskazać miejscowość

<i>nazwa kursu</i>	<i>Wstaw X</i>	<i>Wpisz miejscowość</i>
<b>KURSY KWALIFIKACYJNE</b>		
Pielęgniarstwo geriatryczne		
Pielęgniarstwo onkologiczne		

**OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż:

- **wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie *Inwestycje w kompetencje pielęgniarek i położnych gwarancją jakości usług medycznych nr WND-POWR.05.04.00-00-0045/15*;**
- **zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt *Inwestycje w kompetencje pielęgniarek i położnych gwarancją jakości usług medycznych nr WND-POWR.05.04.00-00-0045/15* jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;**
- **zostałem/am zapoznany/a z Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;**
- **spełniam kryteria kwalifikowalności, uprawniające mnie do udziału w w/w Projekcie – zgodnie z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie**
- **zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń zgodnie z §233 Kodeksu Karnego i oświadczam, że dane podane w dokumentach (w tym wniosku o dopuszczenie do Projektu) są zgodne z prawdą**
- ***Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych zawartych we wniosku zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do prawidłowego przebiegu kwalifikacji do uczestnictwa w przedmiotowym Projekcie, do czasu jej zakończenia. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/a, iż moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.***

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy

<sup>5</sup> znak X przy wybranym kursie. **Każdy z uczestników może wziąć udział tylko w jednym kursie.**