



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Data wpływu
wniosku:

WYPEŁNIA BENEFICJENT [WSliZ]

WNIOSEK

pielęgniarki/pielęgniarka/położnej/położnika¹ o dopuszczenie do kursu specjalistycznego 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 ²			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	

¹ Niepotrzebne skreślić

² Jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Adres e-mail			
Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarskiej (pełna nazwa ostatniej ukończonej szkoły)			
Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarki/pielęgniarsza ³		Rok uzyskania dyplomu pielęgniarki/pielęgniarsza (ostatnie kwalifikacje)	
Nazwa Organu wydającego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu			
Rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu		Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza:	
Numer rejestru pielęgniarek i położnych			
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa)			
Zajmowane stanowisko		Oddział	
Staż pracy w latach ⁴		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>		

³ niepotrzebne skreślić

⁴ należy podać w pełnych latach zakończonych



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



<u>DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</u>	<ul style="list-style-type: none"> kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, kserokopię dyplomu ukończenia studiów wyższych lub dyplomu specjalisty – oryginały do wglądu 		
Proszę zaznaczyć wybrany kurs ⁵ i wskazać miejscowość	<i>nazwa kursu</i>	<i>Wstaw X</i>	<i>Wpisz miejscowość</i>
	KURSY SPECJALISTYCZNE		
	Ordynowanie leków i wypisywanie recept, część I		
	Ordynowanie leków i wypisywanie recept – część II		
	Wywiad i badania fizykalne		
	Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów		
	Wykonywanie badania spirometrycznego		
<u>OŚWIADCZENIA</u>			
<p>Ja, niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w Projekcie <i>Inwestycje w kompetencje pielęgniarek i położnych gwarancją jakości usług medycznych nr WND-POWR.05.04.00-00-0045/15</i>; zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt <i>Inwestycje w kompetencje pielęgniarek i położnych gwarancją jakości usług medycznych nr WND-POWR.05.04.00-00-0045/15</i> 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 pouczony 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	

⁵ znak X przy wybranym kursie. **Każdy z uczestników może wziąć udział tylko w jednym kursie. Wyjątkiem są kursy specjalistyczne "Ordynowanie leków i wypisywanie recept" oraz "Wywiad i badanie fizykalne".**