|  |
| --- |
| **KARTĘ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**  |
| **KARTA Z NIECZYTELNYMI LUB NIEPEŁNYMI DANYMI NIE PODLEGA KWALIFIKACJI** |

**ODDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA**

**WYDZIAŁU NAUK o ZDROWIU**

**UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO w ŁODZI ul. G. NARUTOWICZA nr 58**

#### KARTA ZGŁOSZENIA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KURS KWALIFIKACYJNY**   | **\*\*** |  **KURS SPECJALISTYCZNY**  | **\*\***  |
| Zakres/ dziedzina kształcenia |  |
| Termin i miejsce |  |

Część I

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię/imiona |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imię ojca |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Nazwisko rodowe** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Data urodzenia**  |  |  |  |  |  |  |  |  | **miejsce urodzenia**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres zamieszkania** |
| **kod** |  |  |  **-** |  |  |  | **miejscowość** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ulica: |  | nrdomu: |  | nr mieszkania:  |  |
| **nr tel. stacjonarnego:** | nr tel. komórkowego:  | e-mail: |
| **Adres do korespondencji:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Część II

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarskiej/ położnej (\*)** |  | Uzyskany tytuł |  |
| **Rok uzyskania dyplomu** **pielęgniarki/ położnej (\*)** | **Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/ położnej (\*)** | Rok wydania |
|  | Wydane przez: |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer rejestru |  |  |  **-** |  |  |  **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Część III

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce pracy/ nazwa zakładu pracy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **kod** |  |  |  **-** |  |  |  | **miejscowość** |  | **ulica** | Nr  |
| **Stanowisko w miejscu pracy/oddział** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Staż pracy ogółem** |  | **Staż pracy w dziedzinie****kursu** | **Nr telefonu zakładu pracy/ e-mail:** |
| **Tak**  | **Nie** | **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów kształcenia podyplomowego organizowanego przez Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi**  |

 **(\*) niepotrzebne skreślić (\*\*) zaznacz właściwe krzyżykiem**

**............................................. ...................................................... /*miejscowość i data / /czytelny podpis uczestnika/***