



Data wpływu:

WYPEŁNIA ORGANIZATOR

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – WNIOSEK

pielęgniarki/pielęgniarza¹ o dopuszczenie do kursu specjalistycznego/kursu kwalifikacyjnego² w ramach projektu „Wyższe kwalifikacje gwarancją sukcesu zawodowego – kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne dla Pielęgniarek i Pielęgniarzy” umowa nr POWR.05.04.00-00-0058/15

DANE OSOBOWE KANDYDATA

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
Imię (imiona) i nazwisko			
Imię ojca		Nazwisko rodowe	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL			
ADRES ZAMIESZKANIA³			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
ADRES DO KORESPONDENCJI⁴			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon stacjonarny		Telefon komórkowy	

¹ Niepotrzebne skreślić

² Niepotrzebne skreślić

³ Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zmianami)

⁴ Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania



Adres e-mail			
Rodzaj ukończonej szkoły pielęgniarskiej (pełna nazwa ostatniej ukończonej szkoły)			
Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarki/pielęgniarsza ⁵		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		Jestem zatrudniony w: (wstaw znak x)	
Nazwa i adres miejsca zatrudnienia (pełna nazwa)		administracji samorządowej	
		administracji rządowej	
		mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie	
		organizacji pozarządowej	
		prowadząca działalność na własny rachunek	
		w dużym przedsiębiorstwie	
Zajmowane stanowisko		Oddział	
Staż pracy w latach ⁶		Pracownik POZ	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum)		
<u>DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:</u>	kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, (kopia wpisu o zmianie nazwiska, kopia wpisu o zmianie Izb)		

⁵ niepotrzebne skreślić

⁶ należy podać w pełnych latach zakończonych



	Oświadczenie uczestnika projektu		
	kopia dokumentu potwierdzającego aktualne zatrudnienie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej (<u>którego data sporządzenia nie przekracza 1 miesiąca do dnia postępowania kwalifikacyjnego</u>)		
	Zaświadczenie/-a potwierdzające co najmniej 6 miesięczny staż w zawodzie (tylko w przypadku kursów kwalifikacyjnych)		
	Kserokopia zaświadczeń o ukończonych kursach specjalistycznych Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO) oraz EKG (tylko w przypadku kursów kwalifikacyjnego – Pielęgniarstwo geriatryczne), nie dotyczy pielęgniarek, które: są pielęgniarkami systemu w rozumieniu art. 3 pkt. 6 Ustawy z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym, posiadają dyplom ratownika medycznego, lub ukończyły kurs Advanced Life Support (ALS)		
	Kserokopia dyplomu ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo bądź dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa (tylko w przypadku kursu specjalistycznego - Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. 2)		
Proszę zaznaczyć wybrany kurs ⁷ oraz wskazać wybrane województwo odbywania kursu	<i>nazwa kursu</i>	<i>Wstaw X</i>	<i>Wpisz województwo</i>
	Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla Pielęgniarek i Położnych – kurs specjalistyczny, część II		
	Wywiad i badania fizykalne dla Pielęgniarek i Położnych – kurs specjalistyczny		
	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego – kurs specjalistyczny		
	Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów – kurs specjalistyczny		
	Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi – kurs specjalistyczny		
	Wykonywanie badania spirometrycznego – kurs specjalistyczny		
	Pielęgniarstwo onkologiczne – kurs kwalifikacyjny		
	Pielęgniarstwo psychiatryczne – kurs kwalifikacyjny		
Pielęgniarstwo geriatryczne dla Pielęgniarek – kurs kwalifikacyjny			
<u>OŚWIADCZENIA</u>			

⁷ Wstaw znak X przy wybranym kursie. Uwaga! Zgodnie z Regulaminem projektu każda osoba może wziąć udział w jednym kursie z wyjątkiem kursów "Ordynowanie leków i wypisywanie recept" oraz "Wywiad i badanie fizykalne" w których można uczestniczyć łącznie



Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu „Wyższe kwalifikacje gwarancją sukcesu zawodowego – kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne dla Pielęgniarek i Pielęgniarzy” umowa nr POWR.05.04.00-00-0058/15 akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Spełniam warunki kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie.

Ponadto oświadczam, że odpowiedzialność za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością jest mi znana.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Powiślańską Szkołę Wyższą w Kwidzynie w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

Oświadczam, że jestem ubezpieczona/y od odpowiedzialności cywilnej.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy