Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie

UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

NAZWA KURSU: .....

Zakład Doskonalenia Zawodowego
Centrum Kształcenia w Poznaniu

1. Imię .....
   Nazwisko .....
2. Imię ojca .....
3. NIP .....
4. PESEL .....
5. Data urodzenia; miejsce urodzenia .....
   (miejscowość, województwo)
6. Adres zamieszkania .....
   (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina, województwo)*
7. Numer telefonu; adres e-mail .....
8. Wykształcenie zawodowe .....
9. Nazwa szkoły medycznej .....
   Rok ukończenia: .....
   uzyskany tytuł .....
   Prawo wykonywania zawodu:
   Numer | | | | | | | | Litera : | zaświadczenia
   (P lub A wpisz właściwe)
   data wystawienia .....
   wydane przez .....
   numer rejestru Pielęgniarek i Położnych | | | | | | | | | | | | |
   *(*dłuższy numer z prawa wykonywania zawodu, umieszczony nad datą wydania zaświadczenia)*
10. Przebyte szkolenia: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne:
    .....
    .....
    .....
11. Miejsce pracy: pełna nazwa i adres zakładu pracy
    .....
    .....
    .....
    NIP zakładu pracy .....
    Komórka organizacyjna .....
    organ założycielski .....
12. Zajmowane stanowisko .....
13. Staż pracy: w zawodzie ..... zgodnie z dziedziną kursu.....

ZGŁOSZENIE PRZYJĘTO NR:.....
DATA.....

.....
Pieczątka i podpis osoby odpowiedzialnej

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

.....
Data Podpis

* niepotrzebne proszę skreślić