Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie

UWAGA! Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

NAZWA KURSU: .....

Zakład Doskonalenia Zawodowego
Centrum Kształcenia w Poznaniu

2.3-1-0-112 wydanie nr 2

1. Imię(Imiona)..... .....
   Nazwisko: ..... Nazwisko rodowe.....
2. Imię ojca.....
3. NIP.....
4. PESEL.....
5. Data urodzenia; miejsce urodzenia.....
   (miejscowość, województwo)
6. Adres zameldowania .....
   (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina, województwo)*
7. Adres do korespondencji .....
   (kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina, województwo)*
8. Numer telefonu; adres e-mail .....
9. Wykształcenie zawodowe .....
10. 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)*
11. Przebyte szkolenia: specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne:
    .....
    .....
    .....
12. Miejsce pracy: pełna nazwa i adres zakładu pracy
    .....
    .....
    NIP zakładu pracy .....
    Komórka organizacyjna .....
    organ założycielski .....
13. Zajmowane stanowisko .....
14. 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