



Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Szlak 61, 31-153 Kraków

tel. (0-12) 422-88-54, (0-12) 430-07-23

www.moipip.org.pl, e-mail: biuro@moipip.org.pl

Wpłynęło dnia:

Kwestionariusz zgłoszeniowy na:

kurs dokształcający

kurs kwalifikacyjny

kurs specjalistyczny

specjalizację

**WYPEŁNIAĆ
DRUKIEM!**

Nazwa kursu/specjalizacji:

.....
.....

tryb stacjonarny ***tryb weekendowy*** ***tryb mieszany***

Nazwisko Imię

Imię ojca

Data urodzenia
(dzień, miesiąc, rok)

Miejsce urodzenia
(miejscowość, województwo)

PESEL

Nazwa ukończonej szkoły/uczelni

Rok ukończenia szkoły/uczelni

Ukończone kursy/specjalizacje, rok ich ukończenia

.....

.....

Adres zamieszkania
(miejscowość, województwo)

ul./os. kod pocztowy

Adres do korespondencji

Tel. stacjonarny Tel. komórkowy

Adres e-mail:

Miejsce zatrudnienia
(nazwa zakładu pracy)

Adres zakładu pracy
(miejsowość)

ul./os. kod pocztowy tel.

Staż pracy zawodowej*

Aktualnie zajmowane stanowisko

Oddział

Potwierdzenie zatrudnienia przez zakład pracy (wymagana pieczęć zakładu pracy). Zgoda
przełożonego na oddelegowanie na kurs/specjalizację potwierdzona podpisem i pieczęcią.

Do wniosku należy dołączyć:

* kserokopię prawa wykonywania zawodu,

* w przypadku szkolenia specjalizacyjnego potwierdzenie stażu pracy (co najmniej 2 lata) należy dołączyć
na osobnym zaświadczeniu.

Potwierdzenie odprowadzenia składek na rzecz MOiPiP przez pracodawcę

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

W przypadku opłacania składek indywidualnie do wniosku należy dołączyć ksero dowodu
wpłat potwierdzające systematyczne opłacanie składek za okres 3 ostatnich lat.

Motywacja:

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu na potrzeby Komisji Kształ-
cenia MOiPiP zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997, Dz. U. 133, Poz. 833.

podpis