Uwaga! Proszę wypełnić drukowanymi literami.
W przypadku nieczytelnych lub niepełnych danych karta nie podlega kwalifikacji

Ośrodek Szkoleniowy
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
ul. Paderewskiego 15; 26-600 Radom
tel. 48-3600512, 732980006

KARTA ZGŁOSZENIA NA SZKOLENIE

Temat szkolenia: ……

Data szkolenia: ……..

1. Imię (imiona) i nazwisko

……

2. Nazwisko rodowe

……

3. Imię ojca

……

4. Data urodzenia ……miejsce urodzenia ……..……

5. NIP ……PESEL …….

6.Numer prawa wykonywania zawodu

7.Numer rejestru

8. Adres zamieszkania, nr kodu, miejscowość, ulica / nr domu, mieszkania

……

9. Adres do korespondencji

……

10. Nr telefonu stacjonarnego / komórkowego, e-mail:

……

11. Obecne miej sce pracy / Nazwa Zakładu Pracy

Kod

		–			

Miejscowość

Ulica / Nr

12.Nr telefonu zakładu pracy……

13. NIP zakładu pracy ……

14. Stanowisko w miejscu pracy / oddział ……

15. Nazwa ukończonej szkoły medycznej ……..

16. Numer dyplomu i rok uzyskania ……

17. Staż pracy w zawodzie ……zgodnie z tematem kursu ……

……

18. Odbyte szkolenia w ciągu ostatnich pięciu lat

……
……
……

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na zbieranie, przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do prowadzenia kształcenia podyplomowego i wydania stosownych dokumentów, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz.926).

……..
czytelny podpis uczestnika

Oświadczam, że jestem ubezpieczona/y od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz od odpowiedzialności cywilnej.

……..
czytelny podpis uczestnika

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy osób kierowanych przez zakład pracy)

……..
pieczątka zakładu pracy

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu oraz wyrażam zgodę na odbycie szkolenia w ramach:

……
……
……
…….dnia……..

……
pieczątka i podpis przełożonego

Pani / Pan .....
regularnie odprowadza składki członkowskie na rzecz OIPiP w Radomiu.

……
data podpis pracodawcy

Załącznik wymagany zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 29.10.2003r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

1. **kserokopia prawa wykonywania zawodu**
2. **zaświadczenie o zatrudnieniu**