

## Karta zgłoszenia uczestnictwa w kursie doszkalcającym

w zakresie.....

dla.....

1. Imię (imiona) i nazwisko.....

2. Nazwisko rodowe..... Imię ojca.....

3. Nr NIP..... PESEL.....

4. Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

*(miejscowość, województwo)*

5. Adres zamieszkania.....

.....

*(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania, powiat/ gmina, województwo)*

6. Numer telefonu: domowy/ komórkowy ..... mail .....

7. Wykształcenie zawodowe .....

8. Nazwa szkoły medycznej .....

rok ukończenia .....

9. Świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie Numer .....

data wystawienia ..... wydane przez .....

10. Przebyte szkolenia, kursy; rok ukończenia:

.....

.....

.....

11. Miejsce pracy: pełna nazwa i adres zakładu pracy

.....

NIP zakładu pracy ..... nr tel/faxu .....

komórka organizacyjna .....

12. Zajmowane stanowisko .....

13. Staż pracy: w zawodzie ..... zgodnie z dziedziną kursu .....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

.....

(podpis)

Data .....

**UWAGA!** Do karty prosimy dołączyć kserokopię - **„Dyplomu”**