Załącznik nr 1

**WNIOSEK**

.............................................

Nazwisko i imię

.......................................................

Nr prawa wykonywania zawodu

.............................................

.............................................

Adres do korespondencji

.............................................  
Nr telefonu kontaktowego

.............................................

Adres e-mail

**Okręgowa Rada**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w** ……………………….

Wnoszę o skierowanie na przeszkolenie pielęgniarki/położnej\*, **w związku z nie wykonywaniem** zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. **Przerwa w wykonywaniu** zawodu wynosi ........... lat ................ m-cy, tj. od roku ....................

Przedstawiam dotychczasowy udokumentowany przebieg pracy zawodowej potwierdzony **świadectwami pracy lub zaświadczeniem z zakładu pracy lub innymi dokumentami potwierdzającymi wykonywanie zawodu określonymi w części II pkt 3**:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

(nazwa podmiotu leczniczego, przewidywany okres rozpoczęcia przeszkolenia)

**Załączniki:**

* **kserokopie świadectw pracy lub zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu, lub inne dokumenty poświadczające wykonywanie zawodu,**
* **kserokopia aktualnego orzeczenia o stanie zdrowia do celów sanitarno-epidemiologicznych,**
* **kserokopia aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej,**
* **kserokopia udokumentowanego szczepienia przeciw WZW typu B,**
* **kserokopia ubezpieczenia OC, NNW i od zakażeń po ekspozycji,**
* **kserokopia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.**

.............................................. .......................................................

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

\* – niewłaściwe skreślić