Załącznik nr 1

**WNIOSEK**

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

Nazwisko i imię

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

PESEL

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

Adres

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

Nr telefonu kontaktowego

***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**:

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

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

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

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

Czasokres wykonywania zawodu wynosi ogółem ............... lat ....................... m-cy.

Posiadam zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu o numerze ....................,
wydane przez ................................................................................... w roku ...........................

Dodatkowe informacje: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

**Załączniki:**

* **kserokopia prawa wykonywania zawodu (oryginał do wglądu),**
* **kserokopie świadectw pracy lub zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu, lub inne 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.**

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

miejscowość, data podpis wnioskodawcy

\* – niewłaściwe skreślić