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

Nazwisko i imię

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

Nr prawa wykonywania zawodu

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

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

Adres do korespondencji

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

Nr telefonu kontaktowego

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

Adres e-mail

**Okręgowa Rada**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w** **Kielcach**

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.

Kielce, dn. ………………………..……. .......................................................

 *podpis wnioskodawcy*

\* – niewłaściwe skreślić