**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,**
* **kserokopie świadectw pracy lub zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu,**
* **kserokopia aktualnego orzeczenia o stanie zdrowia do celów sanitarno epidemiologicznych,**
* **kserokopia aktualnego zaświadczenie 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