

APLIKACJA WYKŁADOWCY/OPIEKUNA ZAJĘĆ STAŻOWYCH

Wypełniony formularz prosimy przesyłać na adres Ośrodka lub mailem:

kursy@talmed.eu

1.	Imię i nazwisko	
2.	Nr telefonu	
3.	Adres e-mail	
4.	Miejscowość zamieszkania	
5.	Nr prawa wyk. zawodu piel/poł	
6.	Wykształcenie (lic, mgr, dr itd.) (uzyskany tytuł/dziedzina)	
7.	Specjalizacja (dziedzina, nr dyplomu)	
8.	Kurs kwalifikacyjny (dziedzina, rok ukończenia)	
9.	Kurs specjalistyczny (dziedzina, rok ukończenia)	
10.	Inne uprawnienia (dziedzina, rok ukończenia)	
11.	Przebieg pracy zawodowej (lata, miejsce z wyszczególnieniem oddziału/placówki – dotyczy co najmniej okresu ostatnich 5-ciu lat)	

12.	Aktualne zatrudnienie (od kiedy, adres, oddział)	
13.	Doświadczenie dydaktyczne <i>*W przypadku braku doświadczenia, pozostawić puste</i>	

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.97.133.833 z późn. zm.).*
- Świadoma/y odpowiedzialności, potwierdzam zgodność w/w informacji ze stanem faktycznym.*

....., dn.
Miejscowość

.....
Podpis