



# KOMUNIKAT NR 1

## XI Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2015”

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

oraz

Koło Liderów Pielęgniarstwa

zapraszają pielęgniarki i pielęgniarzy do udziału  
w XI Konkursie „Pielęgniarka Roku”

### Celem

**konkursu jest:** wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego

### Harmonogram Konkursu:

1. I etap Konkursu - wyłonienie uczestników w poszczególnych podmiotach leczniczych - do **10 stycznia 2016** roku.
2. II etap - eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP - **5 lutego 2016** r. godzina 12:00 (miejsce zostanie podane bezpośrednio zainteresowanym).
3. III etap – ocena finalistów- pierwsza dekada kwietnia Warszawa (szczegóły zostaną podane w Komunikacie nr 2 na stronie internetowej Towarzystwa [www.ptp.na1.pl](http://www.ptp.na1.pl) ).
- 4.

### Kartę zgłoszeniową należy przesłać na adres:

Renata Kurkowska

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Ul. Śniadeckich 10

31-535 Kraków

Termin nadesłania zgłoszeń upływa z dniem 10 stycznia 2016

### Informacje dodatkowe na stronie:

[www.ptp-krakow.pl](http://www.ptp-krakow.pl) w zakładce: Aktualności

### Załącznik:

1. Karta Zgłoszenia oraz Regulamin Konkursu dostępne na stronie:

[www.ptp.na1.pl](http://www.ptp.na1.pl)

KARTA ZGŁOSZENIA  
UCZESTNIKA XI OGÓLNOPOLSKIEGO KONKURSU

**„PIEŁĘGNIARKA ROKU 2015”**

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Telefony kontaktowe \_\_\_\_\_
5. Adres e-mail \_\_\_\_\_
6. Miejsce pracy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Stanowisko \_\_\_\_\_
8. Staż pracy w zawodzie \_\_\_\_\_
9. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Oddział.....
- Tak \*    od kiedy \_\_\_\_\_
- Nie\*
10. Działalność na rzecz pielęgniarstwa (przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.) z wyłączeniem obligatoryjnej przynależności do samorządu pielęgniarskiego:
- Tak\*    jaka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nie\*

\* odpowiedź zaznacz krzyżykiem

\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć przełożonego

\_\_\_\_\_

podpis i pieczęć  
Pielęgniarki Naczelnej / Przełożonej

\_\_\_\_\_

czytelny podpis kandydata

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazwą „Pielęgniarka Roku 2015” i tylko na cele w/w konkursu (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia **Błąd! Nieprawidłowy odsyłacz typu hiperłącze.** r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

\* niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_

miejscowość, data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis kandydata