**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO[[1]](#footnote-1)
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Płeć: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| Nr PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Uregulowany |  | Nieuregulowany |
|  |  |
|  |  |

 |

**Dane kontaktowe:**

|  |
| --- |
| Adres miejsca zamieszkania: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka /pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  |  |
|  |  |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  |  |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |
|  |  |
|  |  |

 |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Adres szkoły: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |
| Data wydania dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Adres e-mail | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
3. dwa zdjęcia o wymiarach ………… mm;
4. dokument tożsamości do wglądu.

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, ALBO OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO \*,
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

 **Pełne** **Ograniczone**

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Płeć: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Kraj: |
| Nr PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |

**Dane kontaktowe:**

|  |
| --- |
| Adres miejsca zamieszkania: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Dane o stażu adaptacyjnym** (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu leczniczego: |  |
| Adres siedziby podmiotu: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Oświadczam, iż zamierzam odbyć/ ukończyłem/am staż adaptacyjny:**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  |  |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |
|  |  |
|  |  |

 |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Adres szkoły: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |
| Data wydania dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Adres e-mail | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. kopia dyplomu / świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu / świadectwa w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem / świadectwem ukończenia polskiej szkoły zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
3. dwa zdjęcia o wymiarach ………….. mm;
4. urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim;
5. dokument tożsamości do wglądu.

**W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu, dodatkowo należy złożyć:**

1. zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej na podstawie przepisów w Państwie, w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód;
2. zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego wnioskodawca jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
3. zezwolenie na pobyt stały albo inny dokument stwierdzający uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej\*\*;
4. kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej) (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP).

\*\* Okręgowa rada może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniającemu pozostałe warunki przyznania prawa wykonywania zawodu. Prawo wykonywania zawodu może być w takiej sytuacji wydane na okres nie dłuższy niż okres, na który osoba wnioskująca posiada uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Płeć: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Kraj: |
| Nr PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |

**Dane kontaktowe:**

|  |
| --- |
| Adres miejsca zamieszkania: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu: |  |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Adres szkoły: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |
| Data wydania dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Adres e-mail | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki**

1. kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
3. zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego;
4. zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
5. dwa zdjęcia o wymiarach ………….. mm.
6. dokument tożsamości do wglądu.

**WNIOSEK O WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU
PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. uchwała o wykreśleniu z okręgowego rejestru dotychczasowej okręgowej izby;
2. oryginał prawa wykonywania zawodu;
3. arkusz aktualizacyjny.

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Wnoszę o wykreślenie**

**z rejestru, z powodu przeniesienia na obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ……………………………………………**

**z rejestru, z powodu wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w …………………………………………………..**

(nazwa kraju)

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. oryginał prawa wykonywania zawodu;
2. arkusz aktualizacyjny.

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA
W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Oświadczam że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu**Seria .………...….. Nr ..........................................................................

**Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w** ,

zostało:

zagubione skradzione zniszczone

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Zobowiązuję się zwrócić Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w ……………………….. pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. dokument tożsamości do wglądu;
2. arkusz aktualizacyjny.
3. dwa zdjęcia o wymiarach ………….. mm.

**WNIOSEK O WYMIANĘ NA NOWE ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH\* PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Płeć: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| Nr PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Uregulowany |  | Nieuregulowany |
|  |  |
|  |  |

 |

**Dane kontaktowe:**

|  |
| --- |
| Adres miejsca zamieszkania: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka /pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  |  |
|  |  |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  |  |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |
|  |  |
|  |  |

 |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Adres szkoły: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |
| Data wydania dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Dane zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu  | Numery poprzednich zaświadczeń |
| Organ wydający |
| Data wydania |
| Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie: | Kraj zagranicznego prawa |
| Numer zagranicznego dokumentu |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu: |  |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Adres e-mail | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
3. arkusz aktualizacyjny;
4. dwa zdjęcia o wymiarach ………….. mm.
5. dokument tożsamości do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Płeć: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| Numer PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Uregulowany |  | Nieuregulowany |
|  |  |
|  |  |

 |

**Dane kontaktowe:**

|  |
| --- |
| Adres miejsca zamieszkania: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Załączniki:**

1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

2) dokument tożsamości do wglądu;

3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka /pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  |  |
|  |  |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  |  |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |
|  |  |
|  |  |

 |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Adres szkoły: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |
| Data wydania dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Dane o stopniach i tytułach naukowych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany): |  |
| Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor): |  |
| Dziedzina stopnia\tytułu naukowego: |  |
| Data uzyskania: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Nazwa organu nadającego stopień\tytuł: |  |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Załącznik:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane wykształcenie-oryginały do wglądu.

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane o stażu podyplomowym:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa firmy/podmiotu: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Data rozpoczęcia stażu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data zakończenia stażu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Adres siedziby: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Załącznik:**

1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu  | Numery poprzednich zaświadczeń |
| Organ wydający zaświadczenie |
| Data wydania |
| Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska: | Kraj zagranicznego prawa |
| Numer zagranicznego dokumentu |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Załącznik:**

1) w przypadku prawa wykonywania zawodu w innym państwie-kopia prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska - oryginał do wglądu

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data uzyskania wpisu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer księgi: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane o aktualnym zatrudnieniu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stanowisko: |  |
| Data zatrudnienia od: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data zatrudnienia do: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Nazwa firmy pełna: |  |
| NIP: | Regon: |
| Typ zakładu pracy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  |
|  |  |  | Inny |
|  |  |  |  |

 |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): |  |
| Adres zakładu: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Poczta: |
| Numer telefonu | Fax |  |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane o zatrudnieniu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stanowisko: |  |
| Data zatrudnienia od: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data zatrudnienia do: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Nazwa firmy pełna: |  |
| NIP: | Regon: |
| Typ zakładu pracy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  |
|  |  |  | Inny |
|  |  |  |  |

 |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): |  |
| Adres zakładu: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Poczta: |
| Numer telefonu | Fax |  |

**Dane o zatrudnieniu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stanowisko: |  |
| Data zatrudnienia od: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data zatrudnienia do: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Nazwa firmy pełna: |  |
| NIP: | Regon: |
| Typ zakładu pracy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  |
|  |  |  | Inny |
|  |  |  |  |

 |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): |  |
| Adres zakładu: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Poczta: |
| Numer telefonu | Fax |  |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane o specjalizacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina specjalizacji: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia specjalizacji: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data wystawienia dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer dyplomu: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina specjalizacji: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia specjalizacji: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data wystawienia dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer dyplomu: |  |

**Dane o kursach:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj i dziedzina kursu: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj i dziedzina kursu: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

**Załączniki:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginały do wglądu;

2) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Adres e-mail | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

 **Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer wpisu do okręgowego rejestru: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z dniem ........................................................................... zaprzestałam/em\*, zaprzestaję\* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

na okres ……………………………………………………………………………………

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu przekazuję do moich akt osobowych do chwili złożenia stosownego oświadczenia w okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

(Miejscowość, Data) (Podpis)

\* - niepotrzebne skreślić

**Pouczenie:**

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy na skutek zaprzestania wykonywania zawodu okres przerwy w wykonywaniu przeze mnie zawodu będzie łącznie dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w przypadku, gdy będę miał/a zamiar podjąć wykonywanie zawodu, będę zobowiązany/a do odbycia przeszkolenia określonego przez ORPiP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer wpisu do okręgowego rejestru: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

(Miejscowość, Data) (Podpis)

**Pouczenie:**

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podjęcia pracy w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy, będę zobowiązany/a poinformować o tym fakcie okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)

\* - niepotrzebne skreślić

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Numer wpisu do okręgowego rejestru: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

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

(Miejscowość, Data) (Podpis)

**Pouczenie:**

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić

**Oświadczenie pielęgniarki/położnej/pielęgniarza/położnego obywatela Państwa członkowskiego Unii Europejskiej o zamiarze tymczasowego
lub okazjonalnego wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/pielęgniarza/położnego
na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |

**Adres miejsca zamieszkania w państwie, w którym na stałe wykonywany jest zawód pielęgniarki lub położnej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |

**Adres pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer zaświadczenia: |  |
| Data wydania zaświadczenia |  |
| Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie: |  |
| Kraj wydania: |  |

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer zaświadczenia: |  |
| Data wydania zaświadczenia |  |
| Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie: |  |
| Kraj wydania: |  |

**Dane identyfikacyjne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer polisy/dokumentu: |  |
| Podmiot, który wydał polisę/dokument |  |
| Data ważności od:  |  |
| Data ważności do: |  |

**Oświadczam, że posiadam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej dotyczącą wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub posiadam inny dokument potwierdzający indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej, jak wskazane zostało wyżej.**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Dane dotyczące zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu.**

|  |
| --- |
| Miejsce zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu:  |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Charakter zamierzonego okazjonalnego lub czasowego wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych): |  |
| Okres zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu, o ile jego określenie jest możliwe: |  |

Miejscowość, data ...................................... Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Pouczenie:**

W przypadku istotnej zmiany okoliczności potwierdzonych zaświadczeniami lub dokumentami ponownie przedstawia się je okręgowej izbie pielęgniarek i położnych.

**Załączniki:**

1. dokument potwierdzający obywatelstwo – do wglądu;
2. zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że zgodnie z prawem wykonuje zawód pielęgniarki lub położnej w tym państwie oraz że w momencie wydania zaświadczenia nie obowiązuje jej ograniczenie wykonywania zawodu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo zakaz wykonywania zawodu oraz nie toczy się przeciwko niej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;
3. zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że posiada jeden z dyplomów, świadectw lub innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE **(„Rozporządzenie”)**, informujemy, że:

**1. Administrator danych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest …………………………. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (adres izby, NIP, REGON, tel., e-mail) **(„OIPiP”)**.

**2. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne**

Dane osobowe będą przetwarzane przez OIPiP w następujących celach:

1. komunikacji z członkiem samorządu pielęgniarek i położnych (e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji), wysyłania newsletter-a NIPiP oraz biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia.
2. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na OIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPIP, w szczególności: stwierdzeniu/przyznaniu dla Pani/Pana prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu przez ORPiP rejestru pielęgniarek i rejestru położnych, wydawaniu zaświadczeń, prowadzeniu postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia,
3. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia,

**3. Udostępnienie danych osobowych**

Pani/Pana dane mogą być udostępniane przez ORPiP podmiotom i organom, którym ORPiP jest zobowiązana lub upoważniona udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od ORPiP danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa m.in.:

1. Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
2. Władzom, organom lub organizacjom państwa członkowskiego Unii Europejskiej informacje niezbędne do uznania kwalifikacji oraz do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej,
3. Do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
4. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych udostępnia informacje, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.) w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).
5. Podmiotom które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora OIPIP lub NIPIP.

**4. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego**

Pani/Pana danych nie przekazujemy poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

**5. Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

 w przypadku adresu e-mail, numeru telefonu do 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu bądź wcześniej w przypadku cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz numeru telefonu.

**6. Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem przez OIPiP Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu, na zasadach i w przypadkach określonych w Rozporządzeniu prawo do:

1. dostępu do danych osobowych,
2. sprostowania danych osobowych,
3. usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), co w przypadku adresu e-mail i numeru telefonu nie podlega ograniczeniom,
4. ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
5. przenoszenia danych,
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
7. cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz telefonu w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

**7. Wymóg podania danych**

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do realizacji zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPiP, w szczególności do:

1. stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza/ /położnej/położnego, ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
2. dokonania wpisu i aktualizacji danych w okręgowym rejestrze pielęgniarek/położnych.
3. wydawanie zaświadczeń,
4. przyjmowania oświadczeń od Pani/Pana,
5. prowadzenie postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku numeru telefonu i adresu e-mail podanie tych danych jest dobrowolne i nie wpływa na wykonanie pozostałych celów przetwarzania. Niepodanie jednak tych danych, skutkuje niemożliwością kontaktowania się z Panem/Panią, wysyłania do Pani/Pana newsletter-a NIPIP ani biuletynów i innych informacji i materiałów przesyłanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

**8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą profilowane.

**9. Inspektor Ochrony Danych\***

W OIPiP powołany został Inspektor Ochrony Danych. Adres: Inspektor Ochrony Danych, (adres, adres e-mail, tel.). Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej OIPiP w zakładce „RODO” oraz w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

\* *w przypadku braku powołania przez daną okręgową izbę pielęgniarek i położnych inspektora ochrony danych, wzór niniejszej informacji nie zawiera tego punktu.*

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Seria ……. Nr …………….…

 uchwały nr …………………………… z dnia ………………………………….

**Oświadczam**, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy
o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916), **zobowiązuję się do:**

* postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
* sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
* regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
* z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data ........................................... Podpis .......................................................

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)