**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 35x45 mm