



Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu

WNIOSSEK

O PRYZNANIE ODZNACZENIA ZAWODOWEGO „ZŁOTY CZEPEK” DLA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU ODZNACZENIE POŚMIERTNE

DANE DO ODZNACZENIA

Imię/imiona i nazwisko	
PESEL	
Numer prawa wykonywania zawodu:	
Data i miejsce urodzenia	
Nr odpisu Aktu Zgonu	
Tytuł zawodowy	
Przebieg pracy zawodowej	
Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/położnej	
Dane osobowe i adresowe osoby, która będzie odbierała odznaczenie (w celu wysłania zaproszenia na uroczystość)	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do przyznania Odznaczenia Zawodowego „ZŁOTY CZEPEK” (zgodnie z art.7ust.2 Rozp. Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. (RODO) / data, podpis odbierającego odznaczenie/

DANE WNIOSKODAWCY:

Podmiot zgłaszający kandydata	
-------------------------------	--

UZASADNIENIE WNIOSKU:

Opis szczególnych zasług, postawy zawodowej i etycznej, zaangażowania w pracy zawodowej.

Oświadczam, że jestem świadoma/y skutków złożenia informacji i dowodów niezgodnych z prawdą.

.....

.....

/miejsowość, data wystawienia wniosku/

podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zebranie i przetwarzanie moich danych osobowych przez OIPiP w Wałbrzychu ul. Chrobrego1/10 w celu:

- umieszczenia informacji o Odznaczeniu Zawodowym „ZŁOTY CZEPEK” w Biuletynie Informacyjnym oraz na stronie internetowej OIPiP
- przetwarzania mojego wizerunki (zgoda dotyczy wykonania fotografii podczas uroczystości wręczenia odznaczenia
- nieodpłatnego, niewyłącznego i nieograniczonego czasowo opublikowania i rozpowszechniania wizerunku przedstawionego na fotografiach wykonywanych podczas uroczystości wręczenia wskazanego na wniosku odznaczenia w Biuletynie Informacyjnym i na stronie internetowej OIPiP

.....

.....

/miejsowość, data wystawienia wniosku/

/ data, podpis odbierającego

odznaczenie/