



**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, NA OKREŚLONY
ZAKRES CZYNNOŚCI, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA W PODMIOCIE
WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO
REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):																																									
Nazwisko rodowe:																																									
Nazwisko poprzednie:																																									
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																																								
Imię ojca:																																									
Imię matki:																																									
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
Miejsce urodzenia:	Miejscowość: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Kraj: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
Nr PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
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 do korespondencji:

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

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> pielęgniarka	<input type="checkbox"/> położna												
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:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>													
Rok ukończenia szkoły:	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>													

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Miejsce, data Podpis

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam/em karana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 35a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mogłyby

mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce, data Podpis

Oświadczam, iż posiadam znajomość języka polskiego niezbędną do wykonywania powierzonego zakresu czynności zawodowych pielęgniarki lub położnej.

Miejsce, data Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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 pielęgniarstwa i położnictwa (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 479).

Miejsce, data Podpis

Załączniki:

- decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 3 ustawy o zawodach pielęgniarstwa lub położnictwa;
- kopia dyplomu/duplikatu dyplomu spełniającego warunki, określone w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy o zawodach pielęgniarstwa lub położnictwa (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIP) - oryginał do wglądu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;
- orzeczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza upoważnionego na podstawie odrębnych przepisów do przeprowadzania badań lekarskich pracowników z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy,
- zaświadczenie od podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 35a ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa lub położnictwa;
- dokument wydany przez uprawniony organ w kraju w którym był wykonywany zawód pielęgniarstwa lub położnictwa lub inne dokumenty potwierdzające okres zatrudnienia, o którym mowa w art. 35a ust. 1 pkt 6 ustawy o zawodach pielęgniarstwa lub położnictwa wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;
- dokument tożsamości do wglądu;
- dwa zdjęcia o wymiarach 40 mm x 50 mm;
- dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym pielęgniarstwo lub położnictwo wykonywała bądź wykonuje zawód wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (dokument ten składa się tylko jeżeli jest możliwość jego uzyskania, w danym Państwie, z którego pochodzi pielęgniarstwo lub położnictwo)