



## 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 Wałbrzychu 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 35 x 45 mm.