

**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 REJESTRU PIELĘGNIAREK/
OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

(pełna nazwa okręgowej rady)

Pełne

 Ograniczone

Dane osobowe:

| | |
|---|-------------------------|
| Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | |
| Nr PESEL: | <input type="text"/> |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| | Numer dokumentu: |
| | Kraj wydania: |

Podstawowe dane:

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Nazwisko: | <input type="text"/> | |
| Imię (imiona): | <input type="text"/> | |
| Nazwisko rodowe: | <input type="text"/> | |
| Nazwisko poprzednie: | <input type="text"/> | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Imię ojca: | <input type="text"/> | |
| Imię matki: | <input type="text"/> | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | <input type="text"/> | |
| Miejsce urodzenia: | Miejscowość: | Kraj |
| Obywatelstwo/a: | <input type="text"/> | |

Dane teleadresowe:

| | | | | |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Adres miejsca zamieszkania: | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Miejscowość: | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Województwo: | | Powiat: | | Gmina: |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Kod pocztowy: | Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: | Pocztą: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | |
|--|--------|----------|------------|---------|
| Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> <input type="checkbox"/>) | | | | |
| Miejscowość: | | | | |
| Województwo: | | Powiat: | | Gmina: |
| Kod pocztowy: | Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: | Poczta: |

| | |
|-------------------------|---------|
| Dane kontaktowe: | |
| Telefon: | E-mail: |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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.

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

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

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

Miejscowość, data Podpis

Dane o wykształceniu:

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| Uzyskany tytuł zawodowy: | <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa |
| | <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> magister położnictwa |
| Nazwa ukończonej szkoły: | | |
| Miejscowość szkoły: | | |
| Numer dyplomu/świadectwa: | | |
| Data wydania dyplomu: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rok ukończenia szkoły: | <input type="text"/> | |
| Miejscowość wydania dyplomu: | | |

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

Miejscowość, data Podpis

Świadoma(y) odpowiedzialności prawnej 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 zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Miejscowość, data Podpis

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. z 2024 r. poz. 814 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 dokonany 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 lub lekarza uprawnionego;
- 3) kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.
 - rozdzielczość: minimum 492x633 piksele
 - rozmiar: do 2.5 MB
 - rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png
 - proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)
 - kompozycja: twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło
- 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 zawieszono 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 pielęgniarzką 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.