

Zobowiązuję się zwrócić

Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

(pełna nazwa okręgowej rady)

pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/Prawo wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) dokument tożsamości do wglądu;
- 2) arkusz aktualizacyjny
- 3) kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne 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 skierowania w stronę obiektywu, białe tło

**WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Część B – wypełnia osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu wydane na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów przez urząd wojewódzki lub okręgową radę

**Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu oraz o wpis do
okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez**

Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

(nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	
Nr PESEL:	
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:
	Numer dokumentu:
	Kraj wydania:

Podstawowe dane:

Nazwisko:	
Imię (imiona):	
Nazwisko rodowe:	
Nazwisko poprzednie:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Imię ojca:	
Imię matki:	
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	
Miejsce urodzenia:	Miejscowość: Gmina, Województwo \ Kraj
Obywatelstwo/a:	
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	<input type="checkbox"/> Uregulowany <input type="checkbox"/> Nieuregulowany

Dane teleadresowe:

Adres miejsca zamieszkania:				
Miejscowość:				
Województwo:		Powiat:		Gmina:
Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Pocztą:

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 wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> pielęgniarka	<input type="checkbox"/> położna
	<input type="checkbox"/> pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna dyplomowana
	<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:		

Dane zawodowe:

Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu	Numery poprzednich zaświadczeń
	Organ wydający
	Data wydania
Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie:	Kraj zagranicznego prawa
	Numer zagranicznego dokumentu
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:	

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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPIP);
- 2) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
- 3) arkusz aktualizacyjny;
- 4) 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

5) dokument tożsamości do wglądu