

ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY*
DANYCH OSOBOWYCH
W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH*
PROWADZONYM PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W

CZEŚĆ 1¹

DANE OSOBOWE																					
Nazwisko				Imiona																	
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																				
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ²				Kraj wydania dokumentu																	
Data urodzenia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																		Miejsce urodzenia	Miejscowość	
Numer p wz ³	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																		Gmina		
								Województwo													

CZEŚĆ 2⁴

A. Zmiana

Bez zmian

Imię drugie				Nazwisko poprzednie																	
Nazwisko rodowe				Płeć																	
Imię ojca				Imię matki																	
Posiadane obywatelstwa				NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																
				Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	Nie dotyczy																
			Uregulowany																		
			Nieuregulowany																		

B. Zmiana

Bez zmian

DANE TELEADRESOWE																				
Adres zameldowania																				
Ulica				Numer																
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																		Miejscowość	
Gmina				Powiat																
Województwo				Kraj																
Poczta																				
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)																				
Ulica				Numer																
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td><td style="width: 3.33%;"></td> </tr> </table>																		Miejscowość	
Gmina				Powiat																
Województwo				Kraj																
Poczta																				
DANE KONTAKTOWE																				
Telefon				Telefon kom.																
Adres e-mail																				

* Niepotrzebne skreślić

¹ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

² Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

³ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

⁴ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

C. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana Bez zmian

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/>

E. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text"/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/>

H. Zmiana Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego stopień:

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego tytuł:

K. Zmiana Bez zmian

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

L. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

M. Zmiana Bez zmian

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
Data uzyskania wpisu	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Numer księgi

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, ze zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w
3. Adres siedziby administratora danych

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 178 poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób: zarejestrowanych jako bezrobotne, przebywających na urlopie wychowawczym, pobierających zasiłek rehabilitacyjny, niewykonywujących zawodu od daty złożenia wniosku o zaprzestanie wykonywania zawodu lub wniosku o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu).
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data

.....
Podpis wnioskodawcy

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

Załącznik nr 5 do Uchwały nr 179/VI/2014 z dnia 20 marca 2014 r.

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu	Fax		
NIP	Regon		
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość	Województwo		
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu	Fax		
NIP	Regon		
Podtyp firmy (szpital, przychodnie, dps, medycyna pracy, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość	Województwo		
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELEŃNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<p align="center">Uzyskany tytuł zawodowy</p> <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> licencjat <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość	Województwo		
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj	Rok ukończenia szkoły		
Numer dyplomu	Data wydania dyplomu		
Miejsce ukończenia szkoły	Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)		

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	