**WNIOSEK**

O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU   
PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ\* I WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU  
W ...................................

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nazwisko rodowe:**

**Imiona rodziców:**

**Data urodzenia:**   **Miejsce urodzenia:**

**Nr PESEL:**

**Obywatelstwo/a:**

**Uzyskany tytuł zawodowy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |

**Nazwa ukończonej szkoły:**

(Adres szkoły: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

…………………………………………….. …………………………………………………

(Numer dyplomu/świadectwa) (Miejscowość i data wydania)

**Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**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 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych   
   w …………………………
3. Adres siedziby administratora danych

Miejscowość, data ...................................... Podpis

\* Niepotrzebne skreślić.

**Załączniki:**

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy - oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy.
4. Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ……. Nr …………….…

uchwały nr …………………………………… z dnia …………………………

**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 174, 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 zwolnionych   
  z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek   
  i Położnych
* 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 .........................................................

**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.).

**WNIOSEK**   
O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ, ALBO OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ\*, OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPISANIE DO OKRĘGOWEGO REJESTRU

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Pełne**  **Ograniczone**

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nazwisko rodowe:**

**Imiona rodziców:**

**Data urodzenia**: **Obywatelstwo/a**:

**Miejsce urodzenia:** **Kraj urodzenia**:

**Nr PESEL:**

(w przypadku nie posiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Uzyskany tytuł zawodowy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |

**Nazwa ukończonej szkoły:**

(Adres szkoły: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

…………………………………………….. …………………………………………………

(Numer dyplomu/świadectwa) (Miejscowość i data wydania)

**Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Informacje o stażu adaptacyjnym** (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej)

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

(nazwa podmiotu leczniczego)

(adres siedziby podmiotu)

**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 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych   
   w …………………………
3. Adres siedziby administratora danych

Miejscowość, data ...................................... Podpis

\* Niepotrzebne skreślić.

**Załączniki**

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. 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
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy.
4. Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość i obywatelstwo.
6. 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.

**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 zawieszone 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 pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej).

\*\* 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.

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ……. Nr …………….…

uchwały nr …………………………………… z dnia …………………………

**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 174 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 zwolnionych   
  z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek   
  i Położnych).
* 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 .........................................................

**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.).

**WNIOSEK**   
O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ[[1]](#footnote-1)

OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ[[2]](#footnote-2) ORAZ WPISANIE DO OKRĘGOWEGO REJESTRU ……………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nazwisko rodowe:**

**Imiona rodziców:**

**Data urodzenia**: **Obywatelstwo/a**:

**Miejsce urodzenia:** **Kraj urodzenia**:

**Nr PESEL:**

(w przypadku nie posiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Numer, miejsce i data wydania dyplomu / świadectwa:**

**Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzemieniu:**

**Oświadczam, iż posiadam obywatelstwo/a:**

**Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

**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 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych   
   w …………………………
3. Adres siedziby administratora danych

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki**

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
4. Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi   
   w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego.
5. Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia   
   lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
6. Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ……. Nr …………….…

uchwały nr …………………………………… z dnia …………………………

**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 174, 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 zwolnionych   
  z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek   
  i Położnych).
* 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 .........................................................

**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.).

**WNIOSEK O WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU**

**…………………………………………………………….**

**nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych**

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nr PESEL:**

**Numer prawa wykonywania zawodu:**

**Miejscowość, data** ............................................ **Podpis**

**W celu dokonania odpowiedniego wpisu w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, należy oryginał zaświadczenia dołączyć do wniosku.**

**Załącznik:**

**-** uchwała o wykreśleniu z okręgowego rejestru dotychczasowej okręgowej izby

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ….…. Nr …………….

uchwały nr …………………………………… z dnia …………………………

**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 174, 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 zwolnionych   
  z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek   
  i Położnych).
* 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 ........................................................

**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.)

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z OKRĘGOWEGO REJESTRU**

**……………………………………………………………………….**

**nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych**

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nr PESEL:**

**Numer prawa wykonywania zawodu:**

**Wnoszę o wykreślenie\***

**z rejestru, z powodu przeniesienia na obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ………………………………………………**

**z rejestru, z powodu wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium**

**Rzeczypospolitej Polskiej w ……………………………………………**

(nazwa kraju)

Miejscowość, data ...................................... Podpis ................................................................

**W celu dokonania odpowiedniego wpisu w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, należy oryginał zaświadczenia dołączyć do wniosku.**

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ……….. Nr …………………

uchwały nr ……………………….…………… z dnia ……………………………

Data ........................................... Podpis ....................................................

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nr PESEL:**

**Numer prawa wykonywania zawodu:**

**Wniosek motywuję tym, że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu**

Seria .………...….. Nr ..........................................................................

**Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w** ,

zostało:

zagubione skradzione zniszczone

Miejscowość, data .................................................. Podpis.....................................................

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ……. Nr…………

**Zobowiązuję się zwrócić okręgowej radzie pierwotnie wydane zaświadczenie   
o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.**

Data ........................................... Podpis .........................................................

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY[[3]](#footnote-3)\* DANYCH OSOBOWYCH**

**W OKRĘGOWYM REJESTRZE**

**CZEŚĆ 1[[4]](#footnote-4)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE** | | | | |
| **Nazwisko** |  | **Imiona** |  | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| **Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[[5]](#footnote-5)** |  | **Kraj wydania dokumentu** |  | |
| **Data urodzenia** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | **Miejsce urodzenia** | **Miejscowość** |  |
| **Numer pwz[[6]](#footnote-6)** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **Gmina** |  |
| **Województwo** |  |

**CZEŚĆ 2[[7]](#footnote-7)**

**A. Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię drugie** |  | **Nazwisko poprzednie** |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko rodowe** |  | **Płeć** |  | | | | | | | | | | |
| **Imię ojca** |  | **Imię matki** |  | | | | | | | | | | |
| **Posiadane obywatelstwa** |  | **NIP (jeżeli został nadany)** |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **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** | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | **Miejscowość** |  | |
| **Gmina** | |  | **Powiat** |  | |
| **Województwo** | |  | **Kraj** |  | |
| **Poczta** | |  |  |  | |
| **Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)** | | | | | |
| **Ulica** |  | | **Numer** | |  |
| **Kod** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | | **Miejscowość** | |  |
| **Gmina** |  | | **Powiat** | |  |
| **Województwo** |  | | **Kraj** | |  |
| **Poczta** |  | |  | |  |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | |
| **Telefon** |  | | **Telefon kom.** | |  |
| **Adres e-mail** |  | |  | |  |

**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** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | **Poczta** |  |
| **Data rozpoczęcia** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | **Data zakończenia** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |

**E. Zmiana Bez zmian**

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

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

**F. Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ** | | | |
| **Uzyskany tytuł zawodowy**  **pielęgniarka / położna pielęgniarka / położna dyplomowana**  **licencjat pielęgniarstwa/położnictwa magister pielęgniarstwa/położnictwa** | | | |
| **Nazwa szkoły** |  | | |
| **Ulica, nr domu, nr lokalu** |  | | |
| **Miejscowość** |  | **Województwo** |  |
| **kod pocztowy** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | **Poczta** |  |
| **Kraj** |  | **Rok ukończenia szkoły** |  |
| **Numer dyplomu** |  | **Data wydania dyplomu** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |
| **Miejsce ukończenia szkoły** |  | **Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)** |  |

**G. Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE O SPECJALIZACJI** | | | | |
| **Dziedzina specjalizacji** | |  | | |
| **Nazwa organizatora** | |  | | |
| **Data ukończenia** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | |
| **Numer dyplomu** |  | | **Data wystawienia** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dziedzina specjalizacji** | |  | | |
| **Nazwa organizatora** | |  | | |
| **Data ukończenia** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | | |
| **Numer dyplomu** |  | | **Data wystawienia** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |

**H. Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE O KURSACH** | | |
| **Kwalifikacyjny** | **Specjalistyczny** | |
| **Data rozpoczęcia i ukończenia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |
| **Organizator:** | | |
| **Zakres / uwagi:** | | |
| **Kwalifikacyjny** | **Specjalistyczny** | |
| **Data rozpoczęcia i ukończenia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |
| **Organizator:** | | |
| **Zakres / uwagi:** | | |
| **Kwalifikacyjny** | **Specjalistyczny** | |
| **Data rozpoczęcia i ukończenia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |
| **Organizator:** | | |
| **Zakres / uwagi:** | | |

**I. Zmiana Bez zmian**

|  |
| --- |
| **Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):** |
| **Dziedzina stopnia naukowego:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |   **Data uzyskania:** |
| **Nazwa organu nadającego stopień:** |

**J. Zmiana Bez zmian**

|  |
| --- |
| **Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):** |
| **Dziedzina stopnia naukowego:** |
| **Data uzyskania:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |
| **Nazwa organu nadającego tytuł:** |

K. **Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU** | | | |
| **Data rozpoczęcia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | **Data zakończenia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |

L. **Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU** | | | |
| **Data rozpoczęcia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | **Data zakończenia:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | |

M.  **Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ** | | | |
| **Data uzyskania wpisu** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | | **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 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący 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 174, 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 zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych).
* 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 odbytym stażu podyplomowym - 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).

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** | |  | **Publiczny** | |  | **Niepubliczny** | | |  | **Inny** |
| **Numer telefonu** | |  | | | **Fax** | | | |  | |
| **NIP** | |  | | | **Regon** | | | |  | |
| **Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)** | | | |  | | | | | | |
| **ul. / nr / nr lokalu** | |  | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | **Województwo** | | |  | | |
| **kod pocztowy** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | | | | **Poczta** | | |  | | |

**E 2. Zmiana Bez zmian**

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

**F 2. Zmiana Bez zmian**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ** | | | |
| **Uzyskany tytuł zawodowy**  **pielęgniarka / położna pielęgniarka / położna dyplomowana**    **licencjat pielęgniarstwa/położnictwa magister pielęgniarstwa/położnictwa** | | | |
| **Nazwa szkoły** |  | | |
| **Ulica, nr domu, nr lokalu** |  | | |
| **Miejscowość** |  | **Województwo** |  |
| **kod pocztowy** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | **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** | | | |
| **Uzyskany tytuł zawodowy**  **pielęgniarka / położna pielęgniarka / położna dyplomowana**  **licencjat pielęgniarstwa/położnictwa magister pielęgniarstwa/położnictwa** | | | |
| **Nazwa szkoły** |  | | |
| **Ulica, nr domu, nr lokalu** |  | | |
| **Miejscowość** |  | **Województwo** |  |
| **kod pocztowy** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | **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** | | | |
| **Uzyskany tytuł zawodowy**  **pielęgniarka / położna pielęgniarka / położna dyplomowana**  **licencjat pielęgniarstwa/położnictwa magister pielęgniarstwa/położnictwa** | | | |
| **Nazwa szkoły** |  | | |
| **Ulica, nr domu, nr lokalu** |  | | |
| **Miejscowość** |  | **Województwo** |  |
| **kod pocztowy** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **-** |  |  |  | | **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** |  |

**Tabela kodów okręgowych izb pielęgniarek i położnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Siedziba OIPiP** | **Kod** |
| **Biała Podlaska** | **01** |
| **Białystok** | **02** |
| **Bielsko-Biała** | **03** |
| **Bydgoszcz** | **04** |
| **Chełm** | **05** |
| **Ciechanów** | **06** |
| **Częstochowa** | **07** |
| **Elbląg** | **08** |
| **Gdańsk** | **09** |
| **Gorzów Wielkopolski** | **10** |
| **Jelenia Góra** | **11** |
| **Kalisz** | **12** |
| **Katowice** | **13** |
| **Kielce** | **14** |
| **Konin** | **15** |
| **Koszalin** | **16** |
| **Kraków** | **17** |
| **Krosno** | **18** |
| **Leszno** | **19** |
| **Lublin** | **20** |
| **Łomża** | **21** |
| **Łódź** | **22** |
| **Olsztyn** | **23** |
| **Opole** | **24** |
| **Ostrołęka** | **25** |
| **Piła** | **26** |
| **Płock** | **27** |
| **Poznań** | **28** |
| **Przeworsk** | **29** |
| **Radom** | **30** |
| **Rzeszów** | **31** |
| **Siedlce** | **32** |
| **Sieradz** | **33** |
| **Słupsk** | **34** |
| **Suwałki** | **35** |
| **Szczecin** | **36** |
| **Nowy Sącz** | **37** |
| **Tarnów** | **38** |
| **Toruń** | **39** |
| **Wałbrzych** | **40** |
| **Warszawa** | **41** |
| **Włocławek** | **42** |
| **Wrocław** | **43** |
| **Zamość** | **44** |
| **Zielona Góra** | **45** |

**Tabela kodów województw**

|  |  |
| --- | --- |
| **Województwo** | **Kod** |
| **Dolnośląskie** | **02** |
| **Kujawsko-Pomorskie** | **04** |
| **Lubelskie** | **06** |
| **Lubuskie** | **08** |
| **Łódzkie** | **10** |
| **Małopolskie** | **12** |
| **Mazowieckie** | **14** |
| **Opolskie** | **16** |
| **Podkarpackie** | **18** |
| **Podlaskie** | **20** |
| **Pomorskie** | **22** |
| **Śląskie** | **24** |
| **Świętokrzyskie** | **26** |
| **Warmińsko – Mazurskie** | **28** |
| **Wielkopolskie** | **30** |
| **Zachodniopomorskie** | **32** |

............................................................................

(Imię i nazwisko)

……….................................................................

(Numer prawa wykonywania zawodu)

..............................................................................

(Numer wpisu do okręgowego rejestru )

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z dniem ........................................................................... zaprzestałam/em\*, zaprzestaję\* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

na okres ……………………………………………………………………………………

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu przekazuję do moich akt osobowych do chwili złożenia stosownego oświadczenia w okręgowej izby pielęgniarek   
i położnych, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

.................................................. ........................................................

(Data) (Podpis)

\* - niepotrzebne skreślić

............................................................................

(Imię i nazwisko)

……….................................................................

(Numer prawa wykonywania zawodu)

..............................................................................

(Numer wpisu do okręgowego rejestru )

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z dniem ..................................................... zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach indywidualnej\*/grupowej\* praktyki pielęgniarskiej

.................................................................................................................................................

(numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

na podstawie umowy o pracę\*, umowy cywilnoprawnej\*, stosunku służbowego\*, jako wolontariat\* w

.................................................................................................................................................

(nazwa podmiotu)

.................................................. ........................................................

(Data) (Podpis)

\* - niepotrzebne skreślić

............................................................................

(Imię i nazwisko)

……….................................................................

(Numer prawa wykonywania zawodu)

..............................................................................

(Numer wpisu do okręgowego rejestru )

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że z dniem .............................................. zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\*.

.................................................. ........................................................

(Data) (Podpis)

**Pouczenie:**

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek   
i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

\* - niepotrzebne skreślić

**WNIOSEK**

O WYDANIE NOWEGO ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ\*I WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH   
W ...................................

(DOTYCZY OSÓB, KTÓRE POSIADAJĄ PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU WYDANE NA PODSTAWIE POPRZEDNIO OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW, TJ. PRZED DNIEM 3 LISTOPADA 1999 R.)

Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………

Data urodzenia ……………… Miejsce urodzenia ……………………………………………

PESEL ………………….. Obywatelstwo/a ………………………………………………...

Nazwa ukończonej szkoły:

……………………………………………………………………………………………….

(Adres szkoły: ulica, kod pocztowy miejscowość)

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Nr dyplomu/świadectwa miejsce wydania, data wydania

**Informacje o administratorze danych**

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący ORPiP w ……………
3. Adres siedziby administratora danych: …………………………

…………………………………….. ………………………………………

(Miejscowość, data) (Podpis)

\* Niepotrzebne skreślić.

**Załączniki:**

1. Kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu

2. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie)

3. Arkusz aktualizacyjny

4. 2 zdjęcia – (format 35 mm x 45 mm)

5. Kopia dowodu tożsamości (oryginał do wglądu)

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór

Zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ………… Nr …………………….…

**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 174, 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 zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych),

- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuję się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od daty ich powstania.

Data …………………………… Podpis ……………………………

**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.).

**Wzory pieczęci**

**Pieczęć 1 (37 mm x 40 mm)**

|  |
| --- |
| Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  w …………………….  **wykreśliła z rejestru**  pod nr: ……………………………  Data, podpis: ……………………………  pieczęć |

**Pieczęć 2 (37 mm x 40 mm)**

|  |
| --- |
| Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  w …………………….  **wpisała do rejestru**  pod nr: ……………………………  Data, podpis: ……………………………  pieczęć |

**Pieczęć 3 (65 mm x 30mm)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Czas na jaki zostało wydane prawo wykonywania zawodu** (**dotyczy tylko cudzoziemców nie posiadających zezwolenia na pobyt stały**)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **do** |  |  |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |   data: ………………… podpis: ………………… |

**Pieczęć 4 (65 mm x 40 mm)**

|  |
| --- |
| Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  w ……………………. stwierdza o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas  od ……………….. do ………………,  na podstawie oświadczenia z dnia:  …………………………  podpis: ……………………… pieczęć |

**Pieczęć 5 (65 mm x 30 mm)**

|  |
| --- |
| Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w ……………………. stwierdza o zakończeniu zaprzestania wykonywania zawodu, na podstawie oświadczenia z dnia:  …………………………  podpis: ……………………… pieczęć |

**Pieczęć 6 (65 mm x 45 mm)**

|  |
| --- |
| **Dane o zmianie nazwiska**  ……………………………………………………  Nazwisko  ……………………………………………………  Imiona  ……………………………………………………  Nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska  data: ………………… podpis: ………………… |

**Pieczęć 7 (65 mm x 30 mm)**

|  |
| --- |
| Na podstawie uchwały nr …………………………  Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w …………………………  z dnia ………………………… **wydano duplikat** zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu nr …………………………  podpis: ……………………… pieczęć |

1. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy również państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegia, Islandia, Lichtenstein) oraz Szwajcarii [↑](#footnote-ref-2)
3. \* Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego [↑](#footnote-ref-4)
5. Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu [↑](#footnote-ref-6)
7. Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana” [↑](#footnote-ref-7)