

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:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana

licencjat pielęgniarstwa

magister pielęgniarstwa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

położna / położna dyplomowana

licencjat położnictwa

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 PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI/POŁOŻNEJ, ALBO
OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI/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

magister pielęgniarstwa

licencjat położnictwa

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 pielęgniarstwa 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 zawieszona 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 pielęgniarstwa 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 PIELEŃNIARKI / POŁOŻNEJ¹ OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ² 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

4. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251)
5. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w
6. 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 dokonany 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 dokonany 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 zawieszona i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
6. Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Dotyczy również państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegia, Islandia, Lichtenstein) oraz Szwajcarii

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 ściąganiu 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* DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE**

CZEŚĆ 1³

DANE OSOBOWE																
Nazwisko				Imiona												
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ⁴				Kraj wydania dokumentu												
Data urodzenia	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					-			-					Miejsce urodzenia	Miejscowość	
		-			-											
Numer p wz ⁵	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													Gmina		
						Województwo										

CZEŚĆ 2⁶

A. Zmiana **Bez zmian**

Imię drugie		Nazwisko poprzednie											
Nazwisko rodowe		Płeć											
Imię ojca		Imię matki											
Posiadane obywatelstwa		NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
		Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	<input type="checkbox"/>	Nie dotyczy									
	<input type="checkbox"/>		Uregulowany										
		<input type="checkbox"/>	Nieuregulowany										

B. Zmiana **Bez zmian**

DANE TELEADRESOWE									
Adres zameldowania									
Ulica			Numer						
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></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"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-				Miejscowość
		-							
Gmina			Powiat						
Województwo			Kraj						
Poczta									
DANE KONTAKTOWE									
Telefon			Telefon kom.						
Adres e-mail									

C. Zmiana **Bez zmian**

* Niepotrzebne skreślić

³ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego⁴ Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL⁵ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu⁶ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

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			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
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"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <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"/> <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 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 odbytych 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		<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"/>
			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"/>
			Poczta		

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna			<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa			<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa
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			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna			<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa			<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa
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			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna			<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa			<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa
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)	

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
Chelm	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
Suwalki	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 PIEŁĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ* I WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU
PIEŁĘGNIAREK/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
