

Załącznik nr 7 do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**WNIOSEK O WYMIANĘ NA NOWE ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE
WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO
OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH* PROWADZONEGO
PRZEZ**

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):							
Nazwisko rodowe:							
Nazwisko poprzednie:							
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
Imię ojca:							
Imię matki:							
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>						
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:				
Nr PESEL:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>						
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:						
	Numer dokumentu:						
	Kraj wydania:						
Obywatelstwo/a:							
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany					

Dane kontaktowe:

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

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / 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:												
Adres szkoły:												
Województwo:	Powiat:	Gmina:										
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:										
Kod pocztowy:	Miejscowość:											
Numer dyplomu/świadectwa:												
Miejscowość wydania dyplomu:												
Data wydania dyplomu:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Rok ukończenia szkoły:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

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

Dane do korespondencji:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:
Adres e-mail	Numer telefonu	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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 2017 r. poz. 1219) 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 2017 r. poz. 1219) 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.

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 2018 r. poz. 123 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) dwa zdjęcia o wymiarach mm.
- 5) dokument tożsamości do wglądu.