

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018 r. 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 STWIERDZENIE PRAWA 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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:																				
Nr PESEL:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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:	

* Niepotrzebne skreślić

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 pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPIP) - oryginał do wglądu;
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach mm;
- 4) dokument tożsamości do wglądu.