

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 413/VII/2020 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2020 r. w sprawie zmiany uchwały nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 12 września 2018 r. zmienionej uchwałą nr 341/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 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/ OKRĘGOWEGO
REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W TARNOWIE**

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):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:
Nr PESEL:	<input type="text"/>		
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

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="margin: auto;"> <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> <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="margin: auto;"> <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>													

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Miejscowość, data Podpis

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Miejscowość, data Podpis

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 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 lub lekarza uprawnionego;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach mm;
- 4) dokument tożsamości do wglądu.

Załącznik nr 16 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.

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria Nr

uchwały nr z dnia

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916), **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.

Tarnów, dnia

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 (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).