

**Załącznik nr 2** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia 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 PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, ALBO  
OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO \*,  
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII  
EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH  
PROWADZONEGO PRZEZ**

**OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W TARNOWIE**

Pełne

Ograniczone

**Dane osobowe:**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko i imię (imiona):</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko rodowe:</b>                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko poprzednie:</b>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Płeć:</b>                                                                      | <input type="checkbox"/> Kobieta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię ojca:</b>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię matki:</b>                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>                                               | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 15px;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> </tr> </table>                                                                                                                         |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce urodzenia:</b>                                                         | Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Kraj:                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nr PESEL:</b>                                                                  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%; height: 15px;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> <td style="width:10%;"> </td> </tr> </table> |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b> | Nazwa dokumentu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | Numer dokumentu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | Kraj wydania:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Obywatelstwo/a:</b>                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane kontaktowe:**

|                                    |                     |                   |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b> |                     |                   |
| <b>Województwo:</b>                | <b>Powiat:</b>      | <b>Gmina:</b>     |
| <b>Ulica:</b>                      | <b>Nr domu:</b>     | <b>Nr lokalu:</b> |
| <b>Kod pocztowy:</b>               | <b>Miejscowość:</b> |                   |

**Dane o stażu adaptacyjnym** (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarstwa lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej):

|                                    |              |            |
|------------------------------------|--------------|------------|
| <b>Nazwa podmiotu leczniczego:</b> |              |            |
| <b>Adres siedziby podmiotu:</b>    |              |            |
| Województwo:                       | Powiat:      | Gmina:     |
| Ulica:                             | Nr domu:     | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy:                      | Miejscowość: |            |

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Dane o wykształceniu:**

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>     | <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> magister położnictwa  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres szkoły:</b>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Województwo:                        | Powiat:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Gmina:                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica:                              | Nr domu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nr lokalu:                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod pocztowy:                       | Miejscowość:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejscowość wydania dyplomu:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data wydania dyplomu:</b>        | <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> |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Rok ukończenia szkoły:</b>       | <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> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 / 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 wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach 4/5 cm;
- 4) 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;
- 5) dokument tożsamości do wglądu.

### **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 zawieszono 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) (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP).

\*\* 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.

**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).