**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  |
| **Nazwisko rodowe:** |  |
| **Nazwisko poprzednie:** |  |
| **Płeć:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| **Imię ojca:** |  |
| **Imię matki:** |  |
| **Data urodzenia (rrrr-mm-dd):** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Miejsce urodzenia:**  | Miejscowość: | Kraj: |
| **Nr PESEL:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:** | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| **Obywatelstwo/a:** |  |

**Dane kontaktowe:**

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

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:** |  |
| **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:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Rok ukończenia szkoły:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

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 Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą 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 lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. 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;
3. 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 dokonanym przez tłumacza przysięgłego;
4. zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
5. dwa zdjęcia o wymiarach 35X45 mm.
6. dokument tożsamości do wglądu.