**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Podstawowe dane:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko: |  | |
| Imię (imiona): |  | |
| Nazwisko rodowe: |  | |
| Nazwisko poprzednie: |  | |
| Płeć: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Kobieta |  | Mężczyzna | |  |  | |  |  | | |
| Imię ojca: |  | |
| Imię matki: |  | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Miejsce urodzenia: | **Miejscowość:** | **Gmina, Województwo\ Kraj** |
| Obywatelstwo/a: |  | |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Uregulowany |  | Nieuregulowany | |  |  | |  |  | | |

**Dane teleadresowe:**

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

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

**Załączniki:**

1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia -tylko w przypadku posiadania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wydanego przed 11 lipca 2022 r.);

2) dokument tożsamości do wglądu;

3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „B”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka |  | położna | |  |  | |  |  | |  | pielęgniarka dyplomowana |  | położna dyplomowana | |  |  | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  |  |  | |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Miejscowość szkoły: |  |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Data wydania dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Rok ukończenia szkoły: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |

**Dane o stopniach i tytułach naukowych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Uzyskany stopień naukowy  (np. doktor, doktor habilitowany): |  |
| Uzyskany tytuł naukowy  (np. profesor): |  |
| Dziedzina stopnia\tytułu naukowego: |  |
| Data uzyskania: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Nazwa organu nadającego stopień\tytuł: |  |

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

**Załącznik:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane wykształcenie-oryginały do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „C”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o stażu podyplomowym:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa firmy/podmiotu: | | |  | | | | |
| NIP: | | |  | | | | |
| REGON: | | |  | | | | |
| Data rozpoczęcia stażu: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| Data zakończenia stażu: | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| Adres siedziby: | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

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

**Załącznik:**

1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „D”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu | Numery poprzednich zaświadczeń |
| Organ wydający zaświadczenie |
| Data wydania |
| Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska: | Kraj zagranicznego prawa |
| Numer zagranicznego dokumentu |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

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

**Załącznik:**

1) w przypadku prawa wykonywania zawodu w innym państwie-kopia prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska - oryginał do wglądu

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „E”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o zatrudnieniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa firmy pełna: | | | |  | | | | |
| NIP: | | | | **Regon:** | | | | |
| Typ zakładu pracy:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  | |  |  |  | Inny | |  |  |  |  | | | | | | | | | |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): | | | |  | | | | |
| Adres zakładu: | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |
| Numer telefonu | | | | | | | | |
| Stanowisko: | | | |  | | | | |
| Data zatrudnienia od: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| Data zatrudnienia do: | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |

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

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o specjalizacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina specjalizacji: |  |
| Data wystawienia dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Numer dyplomu: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina specjalizacji: |  |
| Data wystawienia dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Numer dyplomu: |  |

**Dane o kursach:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj kursu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | specjalistyczny | |  |  | | --- | --- | |  | kwalifikacyjny | |  | |  | | |  |  | | --- | --- | |  | dokształcający | |  | |  | | |  | |  | |
| Dziedzina kursu |  |
| Data ukończenia: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Nazwa organizatora: |  |
| Numer zaświadczenia |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj kursu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | specjalistyczny | |  |  | | --- | --- | |  | kwalifikacyjny | |  | |  | | |  |  | | --- | --- | |  | dokształcający | |  | |  | | |  | |  | |
| Dziedzina kursu |  |
| Data ukończenia: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Nazwa organizatora: |  |
| Numer zaświadczenia |  |

**Dane o studiach podyplomowych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina |  |
| Data zakończenia: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Nazwa organizatora: |  |

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

**Załączniki:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginały do wglądu;

2) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia)- tylko w przypadku posiadania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wydanego przed 11 lipca 2022 r.);

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „G”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres korespondencyjny:(jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ) | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane kontaktowe: | |
| Telefon: | **E-mail:** |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

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