

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO<sup>1</sup>  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO  
REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

**Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku**

**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>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość: <input type="text"/>	Gmina: <input type="text"/>	Województwo: <input type="text"/>
<b>Nr PESEL:</b>	<input type="text"/>		
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu: <input type="text"/>		
	Numer dokumentu: <input type="text"/>		
	Kraj wydania: <input type="text"/>		
<b>Obywatelstwo/a:</b>			
<b>Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:</b>	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany	

**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>	

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić



### 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 40x50 mm;
- 4) dokument tożsamości do wglądu.