

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA
W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer prawa wykonywania zawodu:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Numer PESEL:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Oświadczam że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

Seria Nr

Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

zostało:

zagubione

skradzione

zniszczone

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

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

Zobowiązuję się zwrócić Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) dokument tożsamości do wglądu
- 2) arkusz aktualizacyjny
- 3) dwa zdjęcia 35x45 mm format: zdjęcie do dowodu osobistego