

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarsz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarsza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|---|--|--|--|--|
| Nazwisko i imię (imiona): | | | | | | | | | | | |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu: | <table border="1" style="margin: auto; 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> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Uzyskany tytuł zawodowy: | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> licencjat położnictwa</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> magister położnictwa</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana | <input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana | <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa | <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> magister położnictwa | | | | |
| <input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana | <input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> magister położnictwa | | | | | | | | | | |
| Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód: | | | | | | | | | | | |

Przebieg pracy zawodowej

| Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do... | Wykonywany zawód pielęgniarka, położna, pielęgniarsz, położny | Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres |
|--|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Miejscowość, data Podpis

Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w Białymstoku

Miejscowość, data Podpis

Załącznik:

Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.