

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO¹
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO
REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:																			
Nr PESEL:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																		
	Numer dokumentu:																		
	Kraj wydania:																		

Podstawowe dane:

Nazwisko:																				
Imię (imiona):																				
Nazwisko rodowe:																				
Nazwisko poprzednie:																				
Płeć:	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna																		
Imię ojca:																				
Imię matki:																				
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
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:	
Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ☐					

¹ Niepotrzebne skreślić

Miejscowość:					
Województwo:		Powiat:		Gmina:	
Kod pocztowy:	Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:	Pocztą:

Dane kontaktowe:	
Telefon:	E-mail:

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Izby 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 przysyłanie 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 przysyłanych 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 przysyłanie 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 przysyłanych 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.

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:		

Świadoma/y odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Miejscowość, data Podpis

Świadoma(y) odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Miejscowość, data Podpis

Oświadczam, że zapoznałam/em 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

Załączniki:

1. Kopia/odpis 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. zdjęcie kolorowe o wymiarach 35 x 45 mm (szerokość x wysokość) wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych:
 - w formie papierowej
 - oraz
 - w formie elektronicznej (wersja przygotowana przez fotografa) plik zawierający fotografię przesłany przez wnioskodawcę poprzez stronę: <https://zdjecia.nipip.pl>
4. dokument tożsamości do wglądu.