

**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:

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| Nazwisko i imię (imiona): | | | |
| Nazwisko rodowe: | | | |
| Nazwisko poprzednie: | | | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna | |
| Imię ojca: | | | |
| Imię matki: | | | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejsce urodzenia: | Miejscowość: <input type="text"/> | Gmina: <input type="text"/> | Województwo: <input type="text"/> |
| Nr PESEL: | <input type="text"/> | | |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: <input type="text"/> | | |
| | Numer dokumentu: <input type="text"/> | | |
| | Kraj wydania: <input type="text"/> | | |
| Obywatelstwo/a: | | | |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: | <input type="checkbox"/> Uregulowany | <input type="checkbox"/> Nieuregulowany | |

Dane kontaktowe:

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

Dane o wykształceniu:

¹ Niepotrzebne skreślić

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Uzyskany tytuł zawodowy: | <input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa <input type="checkbox"/> magister położnictwa | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa ukończonej szkoły: | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres szkoły: | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: | | | | | | | | | | | | |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |
| Numer dyplomu/świadectwa: | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość wydania dyplomu: | | | | | | | | | | | | | | |
| Data wydania dyplomu: | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Rok ukończenia szkoły: | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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

Miejscowość, data Podpis

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej 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

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/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 pielęgniarki /położnej, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego;
- 3) dwa kolorowe zdjęcia w formie papierowej oraz na płycie CD zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.
 - rozdzielczość: minimum 492x633 piksele
 - rozmiar: do 2.5 MB
 - rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png
 - proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)
 - kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło
- 4) dokument tożsamości do wglądu.