

**Załącznik nr 1** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

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

.....  
(pełna nazwa okręgowej rady)

**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:	Gmina:	Województwo:
<b>Nr PESEL:</b>	<input type="text"/>		
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:		
	Numer dokumentu:		
	Kraj wydania:		
<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>	

\_\_\_\_\_  
\* Niepotrzebne skreślić



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 pielęgniarstwa 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;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach ..... mm;
- 4) dokument tożsamości do wglądu.

**Załącznik nr 2** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, ALBO  
OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO \*,  
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATEŁEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII  
EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH  
PROWADZONEGO PRZEZ**

.....  
(pełna nazwa okręgowej rady)

**Pełne**

**Ograniczone**

**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>	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Kraj:
<b>Nr PESEL:</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:	
	Numer dokumentu:	
	Kraj wydania:	
<b>Obywatelstwo/a:</b>		

**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>	

**Dane o stażu adaptacyjnym** (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarstwa lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej):

<b>Nazwa podmiotu leczniczego:</b>		
<b>Adres siedziby podmiotu:</b>		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

**Oświadczam, iż zamierzam odbyć/ ukończyłem/am staż adaptacyjny:**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Dane o wykształceniu:**

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

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**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 dyplomu / świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu / świadectwa w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem / świadectwem ukończenia polskiej szkoły zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach ..... mm;
- 4) urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim;
- 5) dokument tożsamości do wglądu.

**W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu, dodatkowo należy złożyć:**

- 1) zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej na podstawie przepisów w Państwie, w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód;
- 2) zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego wnioskodawca jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
- 3) zezwolenie na pobyt stały albo inny dokument stwierdzający uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej\*\*;
- 4) kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej) (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP).

\*\* Okręgowa rada może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniającemu pozostałe warunki przyznania prawa wykonywania zawodu. Prawo wykonywania zawodu może być w takiej sytuacji wydane na okres nie dłuższy niż okres, na który osoba wnioskująca posiada uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.





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 dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 3) zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;
- 4) zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszona i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 5) dwa zdjęcia o wymiarach ..... mm.
- 6) dokument tożsamości do wglądu.







**Załącznik nr 7** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**WNIOSEK O WYMIANĘ NA NOWE ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE  
WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO  
OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH\* PROWADZONEGO  
PRZEZ**

.....  
(pełna nazwa okręgowej rady)

**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>			
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:
<b>Nr PESEL:</b>			
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:		
	Numer dokumentu:		
	Kraj wydania:		
<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>	

**Dane o wykształceniu:**

<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<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										
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>												
<b>Adres szkoły:</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>											
<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>												
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>												
<b>Data wydania dyplomu:</b>	<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> </tr> </table>											
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>	<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>											

**Dane zawodowe:**

<b>Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu</b>	Numery poprzednich zaświadczeń
	Organ wydający
	Data wydania
<b>Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie:</b>	Kraj zagranicznego prawa
	Numer zagranicznego dokumentu
<b>Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:</b>	

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

### 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 dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
- 3) arkusz aktualizacyjny;
- 4) dwa zdjęcia o wymiarach ..... mm.
- 5) dokument tożsamości do wglądu.

**Załącznik nr 8** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

## ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”

### Dane identyfikacyjne:

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="display: inline-table; 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>										

### 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>	<table border="1" style="display: inline-table; 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>																					
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Gmina: Województwo:																				
<b>Numer PESEL:</b>	<table border="1" style="display: inline-table; 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> <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>																					
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:																					
	Numer dokumentu:																					
	Kraj wydania:																					
<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>	Powiat:	Gmina:
<b>Ulica:</b>	Nr domu:	Nr lokalu:
<b>Kod pocztowy:</b>	Miejscowość:	Kraj:

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy.....

### Załączniki:

- 1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);
- 2) dokument tożsamości do wglądu;
- 3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „B”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>									
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								

**Dane o wykształceniu:**

<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<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								
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>										
<b>Adres szkoły:</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>	<b>Kraj:</b>								
<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>										
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>										
<b>Data wydania dyplomu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>									
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

**Dane o stopniach i tytułach naukowych:**

<b>Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):</b>									
<b>Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):</b>									
<b>Dziedzina stopnia \ tytułu naukowego:</b>									
<b>Data uzyskania:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>								
<b>Nazwa organu nadającego stopień \ tytuł:</b>									

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załącznik:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane wykształcenie-oryginały do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „C”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**Dane o stażu podyplomowym:**

<b>Nazwa firmy/podmiotu:</b>								
<b>NIP:</b>								
<b>REGON:</b>								
<b>Data rozpoczęcia stażu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
<b>Data zakończenia stażu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>					<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
<b>Adres siedziby:</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>							

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załącznik:**

1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „D”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**Dane zawodowe:**

<b>Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu</b>	Numery poprzednich zaświadczeń									
	Organ wydający zaświadczenie									
	Data wydania									
<b>Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska:</b>	Kraj zagranicznego prawa									
	Numer zagranicznego dokumentu									
<b>Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>									

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy.....

**Załącznik:**

1) w przypadku prawa wykonywania zawodu w innym państwie-kopia prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska - oryginał do wglądu



**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**Dane o zatrudnieniu:**

<b>Stanowisko:</b>											
<b>Data zatrudnienia od:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			
<b>Data zatrudnienia do:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			
<b>Nazwa firmy pełna:</b>											
<b>NIP:</b>	<b>Regon:</b>										
<b>Typ zakładu pracy:</b>											
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny											
<b>Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):</b>											
<b>Adres zakładu:</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>	<b>Poczta:</b>									
<b>Numer telefonu</b>	<b>Fax</b>										

**Dane o zatrudnieniu:**

<b>Stanowisko:</b>											
<b>Data zatrudnienia od:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			
<b>Data zatrudnienia do:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			
<b>Nazwa firmy pełna:</b>											
<b>NIP:</b>	<b>Regon:</b>										
<b>Typ zakładu pracy:</b>											
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny											
<b>Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):</b>											
<b>Adres zakładu:</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>	<b>Poczta:</b>									
<b>Numer telefonu</b>	<b>Fax</b>										

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „G”**

**Dane identyfikacyjne:**

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**Dane o specjalizacji:**

Dziedzina specjalizacji:											
Nazwa organizatora:											
Data ukończenia specjalizacji:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Data wystawienia dyplomu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Numer dyplomu:											

Dziedzina specjalizacji:											
Nazwa organizatora:											
Data ukończenia specjalizacji:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Data wystawienia dyplomu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Numer dyplomu:											

**Dane o kursach:**

Rodzaj i dziedzina kursu:											
Nazwa organizatora:											
Data ukończenia:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Rodzaj i dziedzina kursu:											
Nazwa organizatora:											
Data ukończenia:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

**Załączniki:**

- 1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginały do wglądu;
- 2) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „H”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

**Dane do korespondencji:**

<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>	<b>Kraj:</b>
<b>Adres e-mail</b>	<b>Numer telefonu</b>	

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 .....

---

**Załącznik nr 9** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**Tabela kodów okręgowych izb pielęgniarek i położnych**

<b>Siedziba OIPiP</b>	<b>Kod</b>
Biała Podlaska	01
Białystok	02
Bielsko-Biała	03
Bydgoszcz	04
Chełm	05
Ciechanów	06
Częstochowa	07
Elbląg	08
Gdańsk	09
Gorzów Wielkopolski	10
Jelenia Góra	11
Kalisz	12
Katowice	13
Kielce	14
Konin	15
Koszalin	16
Kraków	17
Krosno	18
Leszno	19
Lublin	20
Łomża	21
Łódź	22
Olsztyn	23
Opole	24
Ostrołęka	25
Piła	26
Płock	27
Poznań	28
Przeworsk	29
Radom	30
Rzeszów	31
Siedlce	32
Sieradz	33
Słupsk	34
Suwałki	35
Szczecin	36
Nowy Sącz	37
Tarnów	38
Toruń	39
Wałbrzych	40
Warszawa	41
Wrocław	42
Wrocław	43
Wrocław	42
Wrocław	43
Zamość	44
Zielona Góra	45

Tabela kodów województw

<b>Województwo</b>	<b>Kod</b>
Dolnośląskie	02
Kujawsko-Pomorskie	04
Lubelskie	06
Lubuskie	08
Łódzkie	10
Małopolskie	12
Mazowieckie	14
Opolskie	16
Podkarpackie	18
Podlaskie	20
Pomorskie	22
Śląskie	24
Świętokrzyskie	26
Warmińsko – Mazurskie	28
Wielkopolskie	30
Zachodniopomorskie	32







**Załącznik nr 13** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

## Wzory pieczętek

### Pieczętka 1 (37 mm x 40 mm)

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w .....
<b>wykreśliła z rejestru</b> pod nr: .....
Data, podpis: .....
pieczęć

### Pieczętka 2 (37 mm x 40 mm)

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w .....
<b>wpisała do rejestru</b> pod nr: .....
Data, podpis: .....
pieczęć

### Pieczętka 3 (65 mm x 30mm)

<b>Czas na jaki zostało wydane prawo wykonywania zawodu (dotyczy tylko cudzoziemców nie posiadających zezwolenia na pobyt stały)</b>									
do					-			-	
data: .....					podpis: .....				

### Pieczętka 4 (65 mm x 40 mm)

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w ..... stwierdza o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas
od ..... do .....,
na podstawie oświadczenia z dnia: .....
podpis: .....                      pieczęć

**Pieczętka 5 (65 mm x 30 mm)**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w ..... stwierdza o zakończeniu  
zaprzestania wykonywania zawodu, na podstawie  
oświadczenia z dnia:

.....

podpis: ..... pieczęć

**Pieczętka 6 (65 mm x 45 mm)**

**Dane o zmianie nazwiska**

.....  
Nazwisko

.....  
Imiona

.....  
Nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano  
zmiany nazwiska

data: ..... podpis: .....

**Pieczętka 7 (65 mm x 30 mm)**

Na podstawie uchwały nr .....  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą  
w .....  
z dnia ..... **wydano duplikat**  
zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu nr  
.....

podpis: ..... pieczęć

**Pieczętka 8 (65 mm x 40 mm)**

**Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa:**

.....

Data ukończenia kształcenia : .....

Numer dyplomu .....

Data wydania dyplomu .....

data: ..... podpis: .....

**Załącznik nr 14** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**Oświadczenie pielęgniarki/położnej/pielęgniarsza/położnego obywatela Państwa członkowskiego Unii Europejskiej o zamiarze tymczasowego lub okazjonalnego wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/pielęgniarsza/położnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

**Dane osobowe:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Nazwisko rodowe:</b>											
<b>Nazwisko poprzednie:</b>											
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:								
<b>Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:										
	Numer dokumentu:										
	Kraj wydania:										
<b>Obywatelstwo/a:</b>											

**Adres miejsca zamieszkania w państwie, w którym na stałe wykonywany jest zawód pielęgniarki lub położnej:**

<b>Ulica:</b>	Nr domu:	Nr lokalu:
<b>Kod pocztowy:</b>	Miejscowość:	Kraj:

**Adres pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:**

<b>Województwo:</b>	Powiat:	Gmina:
<b>Ulica:</b>	Nr domu:	Nr lokalu:
<b>Kod pocztowy:</b>	Miejscowość:	

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej:**

<b>Numer zaświadczenia:</b>	
<b>Data wydania zaświadczenia</b>	
<b>Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie:</b>	
<b>Kraj wydania:</b>	

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej:**

Numer zaświadczenia:	
Data wydania zaświadczenia	
Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie:	
Kraj wydania:	

**Dane identyfikacyjne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej:**

Numer polisy/dokumentu:	
Podmiot, który wydał polisę/dokument	
Data ważności od:	
Data ważności do:	

**Oświadczam, że posiadam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej dotyczącą wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub posiadam inny dokument potwierdzający indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej, jak wskazane zostało wyżej.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

## Dane dotyczące zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu.

Miejsce zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
<b>Charakter zamierzonego okazjonalnego lub czasowego wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych):</b>		
<b>Okres zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu, o ile jego określenie jest możliwe:</b>		

Miejscowość, data ..... Podpis .....

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 .....

**Pouczenie:**

W przypadku istotnej zmiany okoliczności potwierdzonych zaświadczeniami lub dokumentami ponownie przedstawia się je okręgowej izbie pielęgniarek i położnych.

**Załączniki:**

- 1) dokument potwierdzający obywatelstwo – do wglądu;
- 2) zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że zgodnie z prawem wykonuje zawód pielęgniarki lub położnej w tym państwie oraz że w momencie wydania zaświadczenia nie obowiązuje jej ograniczenie wykonywania zawodu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo zakaz wykonywania zawodu oraz nie toczy się przeciwko niej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;
- 3) zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że posiada jeden z dyplomów, świadectw lub innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

**Załącznik nr 15** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

## **INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („Rozporządzenie”), informujemy, że:

### **1. Administrator danych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ..... Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (adres izby, NIP, REGON, tel., e-mail) („OIPiP”).

### **2. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne**

Dane osobowe będą przetwarzane przez OIPiP w następujących celach:

- I. komunikacji z członkiem samorządu pielęgniarek i położnych (e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji), wysyłania newsletter-a NIPiP oraz biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia.
- II. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na OIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPiP, w szczególności: stwierdzeniu/przyznaniu dla Pani/Pana prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu przez ORPiP rejestru pielęgniarek i rejestru położnych, wydawaniu zaświadczeń, prowadzeniu postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia,
- III. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia,

### **3. Udostępnienie danych osobowych**

Pani/Pana dane mogą być udostępniane przez ORPiP podmiotom i organom, którym ORPiP jest zobowiązana lub upoważniona udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od ORPiP danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa m.in.:

- I. Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
- II. Władzom, organom lub organizacjom państwa członkowskiego Unii Europejskiej informacje niezbędne do uznania kwalifikacji oraz do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej,
- III. Do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- IV. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych udostępnia informacje, 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.) w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).
- V. Podmiotom które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora OIPiP lub NIPiP.

**Załącznik nr 15** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

#### **4. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego**

Pani/Pana danych nie przekazujemy poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

#### **5. Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

- 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.
- w przypadku adresu e-mail, numeru telefonu do 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu bądź wcześniej w przypadku cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz numeru telefonu.

#### **6. Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem przez OIPiP Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu, na zasadach i w przypadkach określonych w Rozporządzeniu prawo do:

- I. dostępu do danych osobowych,
- II. sprostowania danych osobowych,
- III. usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), co w przypadku adresu e-mail i numeru telefonu nie podlega ograniczeniom,
- IV. ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- V. przenoszenia danych,
- VI. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- VII. cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz telefonu w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

#### **7. Wymóg podania danych**

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do realizacji zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPiP, w szczególności do:

- I. stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza/ /położnej/położnego, ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
- II. dokonania wpisu i aktualizacji danych w okręgowym rejestrze pielęgniarek/położnych.
- III. wydawanie zaświadczeń,
- IV. przyjmowania oświadczeń od Pani/Pana,
- V. prowadzenie postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku numeru telefonu i adresu e-mail podanie tych danych jest dobrowolne i nie wpływa na wykonanie pozostałych celów przetwarzania. Niepodanie jednak tych danych, skutkuje niemożliwością kontaktowania się z Panem/Panią, wysyłania do Pani/Pana newsletter-a NIPiP ani biuletynów i innych informacji i materiałów przesyłanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

#### **8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą profilowane.

**Załącznik nr 15** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

#### **9. Inspektor Ochrony Danych\***

W OIPiP powołany został Inspektor Ochrony Danych. Adres: Inspektor Ochrony Danych, (adres, adres e-mail, tel.). Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej OIPiP w zakładce „RODO” oraz w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

*\* w przypadku braku powołania przez daną okręgową izbę pielęgniarek i położnych inspektora ochrony danych, wzór niniejszej informacji nie zawiera tego punktu.*

**Załącznik nr 16** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

### **Potwierdzenie odbioru zaświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria ..... Nr .....

uchwały nr ..... z dnia .....

**Oświadczam**, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data .....

Podpis .....

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).