

**Uchwała nr 54/VI/2012**  
**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**z dnia 28 marca 2012 r.**

**w sprawie określenia wzoru zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara lub położnej/położnego potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, a także wzoru zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej**

Na podstawie art. 51 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określa wzór zaświadczeń stwierdzających, że pielęgniarka/pielęgniara 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/pielęgniara lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej.

2. Ustala się następujące wzory zaświadczeń:

- a) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara dla osób posiadających tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa – załącznik nr 1;
- b) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego dla osób posiadających tytuł zawodowy magister położnictwa – załącznik nr 2;
- c) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara dla osób posiadających tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa uzyskany po 1 maja 2004 r. – załącznik nr 3;
- d) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego dla osób posiadających tytuł zawodowy licencjat położnictwa uzyskany po 1 maja 2004 r. – załącznik nr 4;
- e) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara dla osób posiadających tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa uzyskany przed 1 maja 2004 r. z odpowiednio długim stażem zawodowym – załącznik nr 5;
- f) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego dla osób posiadających tytuł zawodowy licencjat położnictwa uzyskany przed 1 maja 2004 r. z odpowiednio długim stażem zawodowym – załącznik nr 6;
- g) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara dla osób posiadających tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa uzyskany po ukończeniu tzw. studiów pomostowych – załącznik nr 7;
- h) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego dla osób posiadających tytuł zawodowy licencjat położnictwa uzyskany po ukończeniu tzw. studiów pomostowych – załącznik nr 8;

i) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza dla absolwentów medycznych szkół zawodowych z odpowiednio długim stażem zawodowym – załącznik nr 9;

j) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego dla absolwentów medycznych szkół zawodowych z odpowiednio długim stażem zawodowym – załącznik nr 10;

k) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza dla absolwentów liceum medycznego – załącznik nr 11;

l) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki(-rza) /położnej(-ego) dla absolwentów medycznych szkół zawodowych bez odpowiednio długiego stażu zawodowego – załącznik nr 12;

m) wzór zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki(-rza) /położnej(-ego) dla absolwentów studiów licencjackich, których dyplomy wydano przed 1 maja 2004 r. i bez odpowiednio długiego stażu zawodowego – załącznik nr 13.

**§ 2.** Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określa wzór zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej – wzór stanowi załącznik nr 14.

**§ 3.** Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określa wzór wniosku:

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarsza 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.

Wzór wniosku stanowi załącznik nr 15.

**§ 4.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP

Prezes NRPiP

Joanna Walewander

Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Zaświadczenie**  
**o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza**

Wydane przez:

(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię/imiiona i nazwisko

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego /  
paszportu

PESEL

Tytuł zawodowy

**magister pielęgniarstwa**

Nazwa instytucji prowadzącej  
kształcenie na poziomie wyższym  
uznana przez władze właściwe, która  
wydała dyplom:

Prawo wykonywania zawodu wydane  
przez

Numer zaświadczenia o prawie  
wykonywania zawodu

Data wydania

Numer rejestru

1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 1 spełnia minimalne wymagania określone w art. 31 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.2.2 niniejszej Dyrektywy.

2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis Przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
--	---

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie  
o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego**

Wydane przez:	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
---------------	---

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>magister położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	

1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 3 spełnia minimalne wymagania określone w art. 40 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.5.2 niniejszej Dyrektywy	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	
<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
Wydane przez:	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:	
Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	

Data wydania	
Numer rejestru	
<p>1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 1 spełnia minimalne wymagania określone w art. 31 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.2.2 niniejszej Dyrektywy.</p>	
<p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	
<b>Zaświadczenie</b>	
<b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	
Wydane przez:	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:	
Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane	

przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	
<p>1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 3, spełnia minimalne wymagania określone w art. 40 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.5.2 niniejszej Dyrektywy.</p>	
<p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
<p>(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)</p>	
<p><b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b></p>	
Wydane przez:	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
<p>zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:</p>	
Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie	

na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	

1. Legitymuje się dyplomem licencjata pielęgniarstwa i wykonywał/-a zawód zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z art. 33 ust 2 lit a) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
--	---

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie  
o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego**

Wydane przez	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
--------------	---

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	



PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	

1. Legitymuje się dyplomem licencjata położnictwa i wykonywał/-a zawód położnego/położnej zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z art. 43 ust 3 lit a) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)

Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie  
o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza**

Wydane przez

(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	
<p>1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie na podstawie programu wskazanego w art. 33 ust 3 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i dysponuje wiedzą i umiejętnościami porównywalnymi z tymi, jakie posiadają pielęgniarki/pielęgniarze posiadające kwalifikacje, które w przypadku Polski określono w załączniku V pkt 5.2.2.</p> <p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	
<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	
Wydane przez	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:	
Imię / imiona i nazwisko	

Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	

1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie na podstawie programu wskazanego w art. 43 ust 4 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i dysponuje wiedzą i umiejętnościami porównywalnymi z tymi, jakie posiadają położne/położni posiadające/-y kwalifikacje, które w przypadku Polski określono w załączniku V pkt 5.5.2.
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)

(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

#### **Zaświadczenie**

#### **o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza**

Wydane przez

(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	
Tytuł zawodowy	<b>Pielęgniarka(-rz) / pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
Numer rejestru	
<p>1. Legitymuje się dyplomem ukończenia medycznej szkoły zawodowej i wykonywał/-a zawód pielęgniarza/pielęgniarki odpowiedzialnego/-ej za opiekę ogólną zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres pięciu kolejnych lat w ciągu siedmiu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z art. 33 ust 2 lit b) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.</p> <p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	
<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	

Wydane przez	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)	
zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:		
Imię / imiona i nazwisko		
Nazwisko rodowe		
Data i miejsce urodzenia		
Adres zamieszkania		
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu		
PESEL		
Tytuł zawodowy	<b>położna/-y</b>	
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom		
Prawo wykonywania zawodu wydane przez		
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu		
Data wydania		
Numer rejestru		
1. Legitymuje się dyplomem ukończenia medycznej szkoły zawodowej i wykonywał/-a zawód położnego/położnej zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres pięciu kolejnych lat w ciągu siedmiu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z art. 43 ust 3 lit b) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.		
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.		
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)	

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie**  
**o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza**

Wydane przez

(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego /  
paszportu

PESEL

Tytuł zawodowy

**pielęgniarka(-rz)/pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)**

Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie  
uznana przez władze właściwe, która  
wydała dyplom

Prawo wykonywania zawodu wydane  
przez

Numer zaświadczenia o prawie  
wykonywania zawodu

Data wydania

Numer rejestru

1. Ukończył/-a **Liceum medyczne** i uzyskał/-a tytuł zawodowy pielęgniarsza(-ki)/pielęgniarsza(-ki) dyplomowanego/-ej, który jest równoważny z poziomem kształcenia w szkole średniej, określonym w art. 11 lit b) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, i które jest kształceniem regulowanym w rozumieniu art. 3 ust 1 lit e), oraz wykonywał/-a zawód pielęgniarsza/-ki odpowiedzialnego/-ej za opiekę ogólną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

3. Niniejsze zaświadczenie wydawane jest w celu potwierdzenia wymagań określonych przepisami Rozdziału I, Tytułu III Dyrektywy

2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)

(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego  
okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie**

**o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki(-rza)/położnej(-ego)**

Wydane przez

(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego /  
paszportu

PESEL

Tytuł zawodowy

**pielęgniarka(-rz)/pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)/położna(-y)**

Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie  
uznana przez władze właściwe, która  
wydała dyplom

Prawo wykonywania zawodu wydane przez

Numer zaświadczenia o prawie  
wykonywania zawodu

Data wydania

Numer rejestru

1. Ukończył/-a **Medyczną Szkołę Zawodową** i uzyskał/-a tytuł zawodowy pielęgniarz(-ka)/pielęgniarcz(-ka) dyplomowany(-a)/położna(-y), który jest równoważny poziomem kształcenia na poziomie pomaturalnym, określonym w art. 11 lit c) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, i które jest kształceniem regulowanym w rozumieniu art. 3 ust 1 lit e), wykonywał/-a zawód pielęgniarza(-ki) odpowiedzialnego(-ej) za opiekę ogólną/położnego(-ej) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie

został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

3. Niniejsze zaświadczenie wydawane jest w celu potwierdzenia wymagań określonych przepisami Rozdziału I, Tytułu III Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)

(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie**  
**o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki(-rza)/położnej(-go)**

Wydane przez

(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko

Nazwisko rodowe

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego /  
paszportu

PESEL

Tytuł zawodowy

**licencjat pielęgniarstwa/licencjat położnictwa**

Nazwa instytucji prowadzącej  
kształcenie uznana przez władze  
właściwe, która wydała dyplom

Prawo wykonywania zawodu wydane  
przez

Numer zaświadczenia o prawie  
wykonywania zawodu

Data wydania

Numer rejestru



1. Ukończył/-a studia licencjackie i uzyskał/-a tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa/licencjat położnictwa, który jest równoważny z poziomem kształcenia na poziomie pomaturalnym, określonym w art. 11 lit d) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, i które jest kształceniem regulowanym w rozumieniu art. 3 ust 1 lit e), wykonywał/-a zawód pielęgniarza(-ki) odpowiedzialnego(-ej) za opiekę ogólną/położnego(-ej) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
3. Niniejsze zaświadczenie wydawane jest w celu potwierdzenia wymagań określonych przepisami Rozdziału I, Tytułu III Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
--	---

(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)

**Zaświadczenie  
o przebiegu pracy zawodowej**

Wydane przez	(nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
--------------	---

zgodnie z uprawnieniem wynikającym z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1039), zaświadcza się, iż:

Imię / imiona i nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania	
Numer i seria dowodu osobistego / paszportu	
PESEL	

Wykonywała działalność pielęgniarki(-rza) odpowiedzialnej(-go) za opiekę ogólną/położnej(-go) w następujących okresach:

Okres zatrudnienia	Stanowisko pracy	Nazwa zakładu, adres



wydany przez: \_\_\_\_\_

data wydania: \_\_\_\_\_

9. Nr rejestru \_\_\_\_\_

10. Nr PESEL \_\_\_\_\_ NIP \_\_\_\_\_

11. Obywatelstwo \_\_\_\_\_

12. Wyjazd do \_\_\_\_\_

(nazwa kraju, na terenie którego zainteresowana zamierza wykonywać zawód)

Przebieg pracy zawodowej

Okres zatrudnienia od ... do...	Stanowisko pracy	Nazwa zakładu, adres

**Załączniki:**

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu.
2. Kserokopia dokumentu tożsamości.
3. Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą,
  - a) co najmniej trzy kolejne lata w ciągu pięciu lat przed dniem wydania zaświadczenia dla licencjata pielęgniarstwa / licencjata położnictwa,
  - b) co najmniej pięć kolejnych lat w ciągu siedmiu lat przed dniem wydania zaświadczenia dla pielęgniarzki(-rza) / pielęgniarzki(-rza) dyplomowanej(-go), położnej(-go).

**Pouczenie:**

W przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarzka/pięlegniarz i położna/położny składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)