Data wpływu oświadczenia ..... - ..... - .....
dzień miesiąc rok

(Wypełnia okręgowa izba pielęgniarek i położnych) Numer sprawy: .....

Oświadczenie o zamiarze*
czasowego wykonywania zawodu pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Imię (imiona) .....

Nazwisko ..... Nazwisko rodowe .....

Data urodzenia ..... - ..... - ..... Miejsce urodzenia .....
dzień miesiąc rok

Imiona rodziców ..... Obywatelstwo .....

Seria i numer dokumentu tożsamości / paszportu .....

Adres zamieszkania .....

.....
państwo, miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania

Adres do korespondencji .....

.....
państwo, miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania

Numer telefonu / e-mail .....

.....

Miejsce wykonywania zawodu: .....

Czas wykonywania zawodu: od ..... do .....
(dzień – miesiąc – rok) (dzień – miesiąc – rok)

Wykaz załączników:

1. Kopia ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Kserokopie wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego (oryginały dokumentów wymienionych poniżej przedkłada się w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wyłącznie do wglądu):
   a) Zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną w kraju członkowskim Unii Europejskiej.
   b) Zaświadczenie stwierdzające posiadanie dyplomu / świadectwa / innego dokumentu potwierdzające formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną wydane przez odpowiednie władze lub organizację.

Oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:

1) zebrane dane osobowe będą przetwarzane przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych,
2) przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych.

Oświadczam, iż informacje podane w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach są prawdziwe. Wszelkie nieścisłości danych zawartych we wniosku mogą spowodować opóźnienie wydania decyzji.

....
miejscowość i data podpis wnioskodawcy

Adnotacje Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

* wypełnia pielęgniarka będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczypospolita Polska, która zamierza czasowo wykonywać zawód pielęgniarki na terytorium RP, drukowanymi literami, w języku polskim.