WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA
W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer prawa wykonywania zawodu:	| | | | | | | | | |
Numer PESEL:	| | | | | | | | | | |

Oświadczam że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

Seria …….…. Nr .....

Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w ....., zostało:

☐ zagubione ☐ skradzione ☐ zniszczone

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

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 .....

Zobowiązuję się zwrócić Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w …….. pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Załączniki:

1) dokument tożsamości do wglądu;
2) arkusz aktualizacyjny.
3) dwa zdjęcia o wymiarach **40x50**