

1	7	1	2																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr rejestru

Wniosek o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu

pielęgniarka

pielęgniarz

położna

położny

A. Dane osobowe

1. Imiona

Nazwisko

2. Nazwisko rodowe

3. Imiona rodziców

4. Miejsce urodzenia
(kraj) (województwo) (powiat) (miejscowość)

5. Data urodzenia --
rok miesiąc dzień

6. Numer ewidencyjny PESEL

7. Seria i numer dowodu osobistego

8. Obywatelstwo (obywatelstwa)

9. Adres zameldowania: kod poczt. -
(poczta) (powiat)
..... ul. tel.
miejscowość (nr domu) (nr lok.)

10. Adres do korespondencji: kod poczt. -
(poczta) (powiat)
..... ul. tel. domowy
miejscowość (nr domu) (nr lok.)

B. Dane zawodowe

Nazwa szkoły:

Dyplom nr data wydania miejscowość

Rok ukończenia szkoły

11. Tytuł zawodowy:

Magister pielęgniarstwa

Magister położnictwa

Licencjat pielęgniarstwa

Licencjat położnictwa

Pielęgniarka

Położna

Pielęgniarz

Położny

Inny posiadany tytuł zawodowy:

Magister

Licencjat

Nazwa i rodzaj ukończonej szkoły wyższej:

Nr dyplomu i data wydania

12. Informacja o posiadaniu Prawa Wykonywania Zawodu w innym państwie:

Nazwa państwa

Numer prawa wykonywania zawodu

Data wydania prawa wykonywania zawodu

na czas ograniczony/nieograniczony (*niepotrzebne skreślić*)

ograniczony od dnia do dnia

Organ wydający zezwolenie Prawo Wykonywania Zawodu

13. Znajomość języków obcych

1. Język: _____

2. Stopień znajomości (bierna, czynna) _____

14. Stosunek do służby wojskowej

uregulowany nieuregulowany nie dotyczy

Ja niżej podpisana/y:

1. **Oświadczam**, że znane mi są:

- o zasady etyki zawodowej zawarte w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej,
 - o ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - o ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych,
- oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązujących przepisów stanowią przeszkodę do wykonywania zawodu.

2. **Zobowiązuję się** do regularnego opłacania składki członkowskiej (podstawa prawna - art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.)

3. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w elektronicznym rejestrze pielęgniarek i położnych (w rozumieniu ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.).

4. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku, nie później jednak niż w terminie 14 dni od ich powstania. (podstawa prawna - art. 11 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.)

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data)

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1038 z późn. zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie.
3. Adres siedziby administratora danych: 31-153 Kraków, ul. Szlak 61.

DECYZJA
Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
/Prezydium Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Podstawa prawna: Uchwała Okręgowej Rady/Prezydium Okręgowej Rady Nr z dnia r.

Zaświadczenie wydane przez: Nr



PRZEWODNICZĄCY
Małopolskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

.....

..... Kraków dnia r.
(Miejscowość)

15. Załączniki

1. Dwa zdjęcia o wymiarach 28 mm x 30 mm.
2. Odpis dyplomu ukończenia szkoły, oryginał do wglądu.
3. Kserokopia suplementu (część „B” dyplomu ukończenia studiów), wraz z oryginałem do wglądu.
4. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy w zawodzie.
5. Ksero dowodu osobistego wraz z oryginałem do wglądu.
6. Ksero książeczki wojskowej wraz z oryginałem do wglądu (jeśli była wydana).