

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. Informacje o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu:

podstawa prawna: uchwała Okręgowej Rady/Prezydium Okręgowej Rady Nr

od dnia do dnia

orzeczenie lekarskie od dnia do dnia

14. Data rozpoczęcia stażu podyplomowego

miejsce rozpoczęcia stażu

(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

15. Data ukończenia stażu podyplomowego

miejsce zakończenia stażu

(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

16. Przebieg pracy zawodowej:

Lp.	PEŁNA NAZWA PRACODAWCY	Okres zatrudnienia								Stanowisko	
		od									
1.		od					-		-		
		do					-		-		
2.		od					-		-		
		do					-		-		
3.		od					-		-		
		do					-		-		
4.		od					-		-		
		do					-		-		
5.		od					-		-		
		do					-		-		
6.		od					-		-		
		do					-		-		
7.		od					-		-		
		do					-		-		

17. Znajomość języków obcych

1. Język: _____

2. Stopień znajomości (bierna, czynna) _____

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. **Zobowiązuje 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.

Podstawa prawna: Uchwała Okręgowej Rady/Prezydium Okręgowej Rady

Nr z dnia r.

PRZEWODNICZĄCY
Małopolskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

.....
Kraków dnia r.
(Miejscowość)

25. Załączniki

1. Oryginał Prawa Wykonywania Zawodu z dokonany wpisem o skreśleniu z poprzedniej Izby Pielęgniarskiej.
2. Zdjęcie.
3. Ksero dyplomu ukończenia szkoły (z oryginałem do wglądu).
4. Ksero dowodu osobistego wraz z oryginałem do wglądu.
5. Świadectwa pracy potwierdzające staż pracy w zawodzie.
6. Zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu w zawodzie.