

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

Nr rejestru

Wniosek o WYMIANĘ/AKTUALIZACJĘ prawa wykonywania zawodupielęgniarka pielęgniarz położna położny **A. Dane osobowe**

1. Imiona
- Nazwisko
2. Nazwisko rodowe
3. Imiona rodziców
4. Miejsce urodzenia
(kraj) (województwo) (powiat) (miejsowość)
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.
miejsowość (nr domu) (nr lok.)
10. Adres do korespondencji: kod poczt. -
(poczta) (powiat)
..... ul. tel. domowy
miejsowość (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. Numer poprzedniego Prawa Wykonywania Zawodu nr rejestru

wydane przez:

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	
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) _____

18. Indywidualna, indywidualna specjalistyczna, grupowa praktyka pielęgniarek/położnych:

Lp.	Nazwa praktyki	Adres praktyki	Nr wpisu do rejestru	Data rozpoczęcia działalności
1.				

19. Kształcenia podyplomowe (Data i rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego, nazwa organizatora, oraz w przypadku szkolenia specjalizacyjnego numer dyplomu, oraz datę jego wystawienia):

Lp.	SPECJALIZACJA	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					

Lp.	Kurs kwalifikacyjny	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					

Lp.	Kurs specjalistyczny/dokształcający	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					
3.					
4.					

20. Uzyskany stopień lub tytuł naukowy data uzyskania

.....

Nadany przez
(organ nadający tytuł)

21. Zaprzestanie wykonywania zawodu

				-				-		
rok					miesiąc				dzień	

22. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu

				-				-		
rok					miesiąc				dzień	

23. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu

				-				-		
rok					miesiąc				dzień	

24. 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. **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 (dotyczy wniosku o wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu)

1. Oryginał poprzedniego Prawa Wykonywania Zawodu.
2. Dwa zdjęcia o wymiarach 28mm x 30mm.
3. Ksero dyplomu ukończenia szkoły (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).
7. Świadczenia pracy potwierdzające staż pracy w zawodzie.
8. Zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu w zawodzie.
9. Skrócony odpis aktu małżeństwa.