

13. Numer poprzedniego Prawa Wykonywania Zawodu nr rejestru
 wydane przez:

14. 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

15. Data rozpoczęcia stażu podyplomowego
 miejsce rozpoczęcia stażu
 (nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

16. Data ukończenia stażu podyplomowego
 miejsce zakończenia stażu
 (nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

17. 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					-		-		

18. Znajomość języków obcych

1. Język: _____

2. Stopień znajomości (bierna, czynna) _____

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

Lp.	Nazwa praktyki	Adres praktyki	Nr wpisu do rejestru	Data rozpoczęcia działalności
1.				
2.				

20. 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.					
3.					

Lp.	Kurs specjalistyczny/dokształcający	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

21. Uzyskany stopień naukowy data uzyskania

Nadany przez
(organ nadający tytuł)

22. Uzyskany tytuł naukowy data uzyskania

Nadany przez
(organ nadający tytuł)

23. Zaprzestanie wykonywania zawodu

				-			-		
rok					miesiąc			dzień	

24. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu

				-			-		
rok					miesiąc			dzień	

25. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu

				-			-		
rok					miesiąc			dzień	

26. Stosunek do służby wojskowej

uregulowany nieuregulowany nie dotyczy

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust 2 pkt 1-5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób: zarejestrowanych jako bezrobotne, przebywających na urloпах wychowawczych, pobierających zasiłek rehabilitacyjny, niewykonyjących zawodu od daty złożenia wniosku o zaprzestanie wykonywania zawodu lub wniosku o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu),
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuję się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od daty ich powstania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data)

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz 1435, ze zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie.
3. Adres siedziby administratora: ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.

27. Załączniki

1. Oryginał poprzedniego Prawa Wykonywania Zawodu.
2. Dwa zdjęcia o wymiarze:
 - 40 mm x 50 mm (pielęgniarka)
 - 28 mm x 30 mm (pielęgniarsz, położna, położny)
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. Świadectwa pracy potwierdzające staż pracy w zawodzie.
8. Zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu w zawodzie.
9. Skrócony odpis aktu małżeństwa.