

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. Numer NIP: - - -
9. Obywatelstwo (obywatelstwa)
10. Adres zameldowania: kod poczt. - (pocztą) (powiat)
..... ul. tel.
miejscowość (nr domu) (nr lok.)
11. Adres do korespondencji: kod poczt. - (pocztą) (powiat)
..... ul. tel. domowy
miejscowość (nr domu) (nr lok.)

B. Dane zawodowe

Nazwa szkoły:

Dyplom nr data wydania miejscowość

Rok ukończenia szkoły

12. Tytuł zawodowy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> Magister położnictwa |
| <input type="checkbox"/> Licencjat pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> Licencjat położnictwa |
| <input type="checkbox"/> Pielęgniarka | <input type="checkbox"/> Położna |
| <input type="checkbox"/> Pielęgniarz | <input type="checkbox"/> Położny |

Inny posiadany tytuł zawodowy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Magister | <input type="checkbox"/> Licencjat |
|---|--|

Nazwa i rodzaj ukończonej szkoły wyższej:

Nr dyplomu i data wydania

13. 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

.....

14. Znajomość języków obcych

1. Język: _____

2. Stopień znajomości (bierna, czynna) _____

15. Uzyskany stopień naukowy data uzyskania

Nadany przez

(organ nadający tytuł)

16. Uzyskany tytuł naukowy data uzyskania

Nadany przez

(organ nadający tytuł)

rok miesiąc dzień

17. 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.
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.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data)

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)

18. 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).