

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

Nr rejestru

Wniosek o wpis do rejestru Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

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. 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	
		od	do								
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

27. Skreślona/y z rejestru pielęgniarek/rejestru położnych prowadzonego przez Okręgową

Radę Pielęgniarek i Położnych ww dniu

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)

Podstawa prawna: Uchwała Okręgowej Rady/Prezydium Okręgowej Rady

Nr z dnia r.

PRZEWODNICZĄCY
Małopolskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

.....
Kraków dnia r.
(Miejscowość)

28. 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. 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.