

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
		od								
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 uzyskaniaNadany przez
(organ nadający tytuł)**22. Uzyskany tytuł naukowy** data uzyskaniaNadany 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

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)

27. Załączniki

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. Świadectwa pracy potwierdzające staż pracy w zawodzie.
8. Zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu w zawodzie.
9. Skrócony odpis aktu małżeństwa.