

**WNIOSEK O WYMIANĘ NA NOWE ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE
WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS
DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH*
PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W KATOWICACH**

Dane osobowe:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwisko i imię (imiona): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko rodowe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko poprzednie: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Płeć: | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię ojca: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię matki: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> <td style="width:15%; text-align: center;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce urodzenia: | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr PESEL: | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> <td style="width:5%;"> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Numer dokumentu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kraj wydania: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obywatelstwo/a: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: | <input type="checkbox"/> Uregulowany | <input type="checkbox"/> Nieuregulowany | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dane kontaktowe:

| | | |
|------------------------------------|--------------|------------|
| Adres miejsca zamieszkania: | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | |

Dane o wykształceniu:

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Uzyskany tytuł zawodowy: | <input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana | <input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa | <input type="checkbox"/> magister położnictwa | | | | | | | | | | |
| Nazwa ukończonej szkoły: | | | | | | | | | | | | |
| Adres szkoły: | | | | | | | | | | | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: | | | | | | | | | | |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | | | | | | | | | | |
| Numer dyplomu/świadectwa: | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość wydania dyplomu: | | | | | | | | | | | | |
| Data wydania dyplomu: | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Rok ukończenia szkoły: | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Dane zawodowe:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu | Numery poprzednich zaświadczeń |
| | Organ wydający |
| | Data wydania |
| Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie: | Kraj zagranicznego prawa |
| | Numer zagranicznego dokumentu |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu: | |

Katowice, data Podpis Wnioskodawcy.....

Dane do korespondencji:

| | | |
|---------------|----------------|------------|
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Adres e-mail | Numer telefonu | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.).

Katowice, data Podpis

Załączniki:

- 1) kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
- 3) arkusz aktualizacyjny;
- 4) dwa zdjęcia o wymiarach 35x45. mm.
- 5) dokument tożsamości do wglądu.