

**WNIOSEK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO  
OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO  
PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KATOWICACH**

**Dane osobowe:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>		
<b>Nazwisko rodowe:</b>		
<b>Nazwisko poprzednie:</b>		
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Imię ojca:</b>		
<b>Imię matki:</b>		
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Kraj:
<b>Nr PESEL:</b>	<input type="text"/>	
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:	
	Numer dokumentu:	
	Kraj wydania:	
<b>Obywatelstwo/a:</b>		

**Dane kontaktowe:**

<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>		
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	



**ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarstwa lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

Miejsce, data ..... Podpis .....

---

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 pielęgniarstwa i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 479).**

Miejsce, data ..... Podpis .....

**Załączniki:**

- decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 17 ustawy o zawodach pielęgniarstwa lub położnej;
- kopia dyplomu/duplikatu dyplomu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;
- orzeczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza upoważnionego na podstawie odrębnych przepisów do przeprowadzania badań lekarskich pracowników z zakresu

profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy,

□ dokument potwierdzający wykonywanie zawodu jako pielęgniarka lub położna przez okres co najmniej 3 lat w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku do MZ o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (dokument ten składa się **tylko** w przypadku jego wcześniejszego złożenia do MZ);

□ dokument tożsamości do wglądu;

□ dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm;

□ dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym pielęgniarka lub położna wykonywała bądź wykonuje zawód wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (dokument ten składa się **tylko** jeżeli jest możliwość jego uzyskania, w danym Państwie, z którego pochodzi pielęgniarka lub położna).