

WNIOSEK
O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ*
I WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRUW KIELCACH

Nazwisko i imię (imiona):

Nazwisko rodowe:

Imiona rodziców:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

Nr PESEL:

Obywatelstwo/a:

Uzyskany tytuł zawodowy:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana

licencjat pielęgniarstwa

magister pielęgniarstwa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

położna / położna dyplomowana

licencjat położnictwa

magister położnictwa

Nazwa ukończonej szkoły:

.....

.....

(Adres szkoły: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

.....

(Numer dyplomu/świadectwa)

(Miejscowość i data wydania)

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Kielce, dn. Podpis

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w **Kielcach**
3. Adres siedziby administratora danych: **25-522 Kielce, ul. Nowy Świat 32a**

Kielce, dn. Podpis

Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy - oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza rodzinnego.
4. Dwa zdjęcia o wymiarach 4 x 5 cm.

* Niepotrzebne skreślić.

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr
- uchwały nr z dnia

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Kielce, dn. Podpis

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.).

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY* DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE PIELEŃNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH PROWADZONYM
PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KIELCACH**

CZEŚĆ 1¹

DANE OSOBOWE																										
Nazwisko				Imiona																						
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ²				Kraj wydania dokumentu																						
Data urodzenia	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					-			-															Miejsce urodzenia	Miejscowość	
		-			-																					
Numer p wz ³	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							Miejsce urodzenia	Gmina	
			Województwo																							

CZEŚĆ 2⁴

A. Zmiana Bez zmian

Imię drugie		Nazwisko poprzednie																					
Nazwisko rodowe		Płeć																					
Imię ojca		Imię matki																					
Posiadane obywatelstwa		NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
			Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy																			
				<input type="checkbox"/> Uregulowany																			
		<input type="checkbox"/> Nieuregulowany																					

B. Zmiana Bez zmian

DANE TELEADRESOWE																								
Adres zameldowania																								
Ulica			Numer																					
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-																		Miejscowość	
		-																						
Gmina			Powiat																					
Województwo			Kraj																					
Poczta																								
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)																								
Ulica			Numer																					
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-																		Miejscowość	
		-																						
Gmina			Powiat																					
Województwo			Kraj																					
Poczta																								
DANE KONTAKTOWE																								
Telefon			Telefon kom.																					
Adres e-mail																								

* Niepotrzebne skreślić

¹ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

² Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

³ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

⁴ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

C. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana Bez zmian

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

E. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa		Uzyskany tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> -	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input style="width: 150px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input style="width: 150px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -

H. Zmiana Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -	<input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input style="width: 100px; border: 1px solid black; text-align: center; font-size: small;" type="text"/> - -
Nazwa organu nadającego stopień:

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego tytuł:

K. Zmiana Bez zmian

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU			
Data rozpoczęcia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU			
Data rozpoczęcia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M. Zmiana Bez zmian

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ		
Data uzyskania wpisu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numer księgi

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w **Kielcach**
3. Adres siedziby administratora danych: **25-522 Kielce, ul. Nowy Świat 32a**

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych).
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Kielce, dn. Podpis wnioskodawcy

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego – oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).