**WNIOSEK**
O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ, ALBO OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ\*, OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPISANIE DO OKRĘGOWEGO REJESTRU

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Pełne** **Ograniczone**

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nazwisko rodowe:**

**Imiona rodziców:**

**Data urodzenia**: **Obywatelstwo/a**:

**Miejsce urodzenia:** **Kraj urodzenia**:

**Nr PESEL:**

(w przypadku nie posiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

**Uzyskany tytuł zawodowy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  | magister pielęgniarstwa  |  | 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**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Informacje o stażu adaptacyjnym**(nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej)

Oświadczam, iż zamierzam odbyć/ ukończyłem/am staż adaptacyjny:

(nazwa podmiotu leczniczego)

(adres siedziby podmiotu)

**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 Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w …………………………
3. Adres siedziby administratora danych

Miejscowość, data ...................................... Podpis

\* Niepotrzebne skreślić.

**Załączniki**

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia dyplomu / świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu / świadectwa w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem / świadectwem ukończenia polskiej szkoły zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy.
4. Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość i obywatelstwo.
6. Urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim.

**W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu,**

**dodatkowo należy złożyć:**

1. Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej na podstawie przepisów w Państwie, w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód.
2. Zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego wnioskodawca jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
3. Zezwolenie na pobyt stały albo inny dokument stwierdzający uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej\*\*.
4. Kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej).

\*\* Okręgowa rada może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniającemu pozostałe warunki przyznania prawa wykonywania zawodu. Prawo wykonywania zawodu może być w takiej sytuacji wydane na okres nie dłuższy niż okres, na który osoba wnioskująca posiada uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**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.

Data ........................................... Podpis.........................................................

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu 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.).