

WNIOSEK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:																					
Nr PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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>																				
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																				
	Numer dokumentu:																				
	Kraj wydania:																				

Podstawowe dane:

Nazwisko:													
Imię (imiona):													
Nazwisko rodowe:													
Nazwisko poprzednie:													
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna												
Imię ojca:													
Imię matki:													
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <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:	Kraj											
Obywatelstwo/a:													

Dane teleadresowe:

Adres miejsca zamieszkania:					
Miejscowość:					
Województwo:		Powiat:		Gmina:	
Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Poczta:	
Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ☐)					
Miejscowość:					
Województwo:		Powiat:		Gmina:	
Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Poczta:	

Dane kontaktowe:	
Telefon:	E-mail:

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka	☐ położna
Nazwa ukończonej szkoły:		
Miejscowość szkoły:		
Numer dyplomu/świadectwa:		
Data wydania dyplomu:		
Rok ukończenia szkoły:		
Miejscowość wydania dyplomu:		

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą 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 przysyłanie 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przysyłanych 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 przysyłanie 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przysyłanych 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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejsce, data Podpis

Załączniki:

1) kopia decyzji Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 17 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;

2) kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjęcia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.

- rozdzielczość: minimum 492x633 piksele

- rozmiar: do 2.5 MB

- rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png

- proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)

- kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło

Na potrzeby wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych:

3) kopia dyplomu/duplikatu dyplomu spełniającego warunki, określone w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;

***W przypadku obywateli Ukrainy, którzy przekroczyli granicę Ukrainy z Polską od dnia 24 lutego 2022 r., nie posiadających oryginału dyplomu – kopia dyplomu (dobrej jakości odwzorowanie dokumentu) wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego**

(zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 167 ze zm.) za obywatela Ukrainy uważa się także nieposiadającego obywatelstwa ukraińskiego małżonka obywatela Ukrainy, o ile przybył on na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa i nie jest obywatelem polskim ani obywatelem innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej);

4) dokument tożsamości do wglądu.

Potwierdzenie odbioru Prawa Wykonywania Zawodu i złożenia oświadczenia

Niniejszym potwierdzam odbiór:

☐ prawa wykonywania zawodu numer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria Nr

☐ uchwały nr z dnia

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628), **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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628).