

WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Część A – wypełnia osoba:

- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zostało zagubione albo zniszczone albo skradzione,
- której w poprzednio obowiązującym zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu w wyniku wielokrotności wpisów adnotacji urzędowych brakuje miejsca na kolejne wpisy,
- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zawiera oczywiste omyłki pisarskie,
- której dane na wydany prawie wykonywania zawodu uległy zmianie (np. zmiana nazwiska).

Nazwisko i imię (imiona):																
Numer prawa wykonywania zawodu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
Numer PESEL:	<table><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></tr></table>															

Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu z powodu:

- ☐ zagubienia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ kradzieży zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ zniszczenia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ braku miejsca na wpis w zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu
- ☐ omyłki pisarskiej w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu albo w prawie wykonywania zawodu
- ☐ zmiany danych na prawie wykonywania zawodu

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

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.).

Miejscowość, data Podpis

Zobowiązuję się zwrócić

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/Prawo wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) dokument tożsamości do wglądu;
- 2) arkusz aktualizacyjny
- 3) kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodnie 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

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).

WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Część B – wypełnia osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu wydane na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów przez urząd wojewódzki lub okręgową radę

**Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu oraz o wpis do
okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez**

.....
(nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:																			
Nr PESEL:	<table><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></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><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></tr></table>																			
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina, Województwo \ Kraj																		
Obywatelstwo/a:																				
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	☐ Uregulowany ☐ Nieuregulowany																			

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
	☐ pielęgniarka dyplomowana	☐ położna dyplomowana
	☐ licencjat pielęgniarstwa	☐ licencjat położnictwa
	☐ magister pielęgniarstwa	☐ magister położnictwa
Nazwa ukończonej szkoły:		
Miejscowość szkoły:		
Numer dyplomu/świadectwa:		
Data wydania dyplomu:		
Rok ukończenia szkoły:		
Miejscowość wydania dyplomu:		

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:	

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

☐ 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 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 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 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 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 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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejscowość, 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) 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
- 5) 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).