

## WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarsz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarsza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana</td> <td><input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa</td> <td><input type="checkbox"/> licencjat położnictwa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa</td> <td><input type="checkbox"/> magister położnictwa</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa				
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana										
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa										
<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa										
<b>Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód:</b>											

### Przebieg pracy zawodowej

Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do...	Wykonywany zawód pielęgniarka, położna, pielęgniarsz, położny	Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w .....**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

### Załącznik:

Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.