**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO[[1]](#footnote-2)
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łomży**

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  |
| **Nazwisko rodowe:** |  |
| **Nazwisko poprzednie:** |  |
| **Płeć:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| **Imię ojca:** |  |
| **Imię matki:** |  |
| **Data urodzenia (rrrr-mm-dd):** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Miejsce urodzenia:**  | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| **Nr PESEL:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:** | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| **Obywatelstwo/a:** |  |
| **Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Uregulowany |  | Nieuregulowany |
|  |  |
|  |  |

 |

**Dane kontaktowe:**

|  |
| --- |
| **Adres miejsca zamieszkania:** |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uzyskany tytuł zawodowy:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka /pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  |  |
|  |  |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  |  |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |
|  |  |
|  |  |

 |
| **Nazwa ukończonej szkoły:** |  |
| **Adres szkoły:** |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: |
| **Numer dyplomu/świadectwa:** |  |
| **Miejscowość wydania dyplomu:** |  |
| **Data wydania dyplomu:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** **oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

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

**Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

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

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: | Kraj: |
| **Adres e-mail** | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez 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 2017 r. poz. 1219) 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 2017 r. poz. 1219) 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 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

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

**Załączniki:**

1. kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego;
3. dwa zdjęcia o wymiarach ………… mm;
4. dokument tożsamości do wglądu.

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie 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 2018 r. poz. 916), **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 2018 r. poz. 916).

**Oświadczenie**

………………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………………

(adres zamieszkania)

………………………………………

(nr PWZ lub PESEL)

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łomży**

**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 2018 r. poz. 916), **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 które są: bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy, pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy, które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem; wykonuje zawód wyłącznie w formie wolontariatu; przebywająca na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim; pobierająca świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społeczne lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenia pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu; będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu; pobierających zasiłek z ZUS – bez stosunku pracy; niepracujące, które posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenia przedemerytalne)

- **z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuję się do zawiadamiania właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia powstania**.

- **osoby, które nie wykonują zawodu i nie wyrażają zgody na opłacanie składek na rzecz Izby powinny złożyć pisemne oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.**

………………………….. ………………………………………

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 2018 r. poz. 916)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)