

Włocławek, dnia

Imię i nazwisko

Adres

Zawód

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że znane mi są:

- zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej
- ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej
- ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych

oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązujących przepisów stanowią przeszkodę do wykonywania zawodu.

.....
podpis wnioskodawcy

Włocławek, dnia

Oświadczenie

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych we Włocławku o treści art. 26 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.) dotyczącej wymogu odbycia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku.
3. Adres siedziby administratora danych: 87-800 Włocławek, ul. Dziewińska 17.

Miejscowość, data Podpis