



ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY*
DANYCH OSOBOWYCH W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH*
PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
WE WŁOCŁAWKU

CZEŚĆ 1¹

| Dane osobowe | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|------------------------|-------------|--|--|--|--|
| Nazwisko | | | | | | | Imiona | | | | | |
| PESEL | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość ² | | | | | | | Kraj wydania dokumentu | | | | | |
| Data urodz. | | | - | | | - | | | | | | |
| Numer PWZ ³ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Miejsce urodzenia | Miejscowość | | | | |
| | | | | | | | | Gmina | | | | |
| | | | | | | | | Województwo | | | | |

CZEŚĆ 2⁴

A. Zmiana Bez zmian

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| Nazwisko poprzednie | | | | | | | Płeć | | | | | |
| Nazwisko rodowe | | | | | | | Imię ojca | | | | | |
| | | | | | | | Imię matki | | | | | |
| Poprzednie obywatelstwa | | | | | | | NIP ⁵ | | | | | |
| | | | | | | | Stosunek do sił. wojskowej (w przyp. ob. RP) zaznacz X | | Nie dotyczy | | | |
| | | | | | | | | | Uregulowany | | | |
| | | | | | | | | | Nie uregulowany | | | |

B. Zmiana Bez zmian

| Dane teleadresowe | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|---|--|--|--|-------------|--|-----------|--|--|--|
| Adres zameldowania | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | | Nr domu | | Nr miesz. | | | |
| Kod poczt. | | | - | | | | Miejscowość | | | | | |
| Gmina | | | | | | | Powiat | | | | | |
| Województwo | | | | | | | Kraj | | | | | |
| Poczta | | | | | | | | | | | | |

| Dane kontaktowe | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|
| Telefon stac. | | | | | | | | Tel. kom. | | | |
| Adres e-mail | | | | | | | | | | | |

* Niepotrzebne skreślić

¹ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

² Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

³ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

⁴ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

⁵ Jeżeli został nadany



| Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania) | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|-------------|--|--|-----------|--|--|
| Ulica | | | | | Nr domu | | | Nr miesz. | | |
| Kod poczt. | | | - | | Miejscowość | | | | | |
| Gmina | | | | | Powiat | | | | | |
| Województwo | | | | | Kraj | | | | | |
| Poczta | | | | | | | | | | |

C. Zmiana Bez zmian

| Dane zawodowe | | |
|---|---------------------------------|--|
| Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania | | |
| Zagraniczne prawo wykonywania zawodu | Kraj zagranicznego prawa: | |
| | Symbol zagranicznego dokumentu: | |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu | | |

D. Zmiana Bez zmian Dane o stażu podyplomowym

E. Zmiana Bez zmian

| Dane o zatrudnieniu | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|--|-----------|--|-------------|--|--------------|--|--|------|
| Stanowisko | | | | | | | | | | |
| Data zatrudnienia | od dnia: | | | | | | do dnia: | | | |
| Pełna nazwa firmy | | | | | | | | | | |
| Typ zakładu | | | publiczny | | | | niepubliczny | | | inny |
| Telefon | | | | | | | Fax | | | |
| NIP | | | | | | | Regon | | | |
| Podtyp firmy (szpital, dps, poradnia) | | | | | | | | | | |
| Ulica i nr domu | | | | | Nr lokalu | | | | | |
| Miejscowość | | | | | Województwo | | | | | |
| Kod pocztowy | | | - | | Poczta | | | | | |

| Dane o zatrudnieniu | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|--|-----------|--|-------------|--|--------------|--|--|------|
| Stanowisko | | | | | | | | | | |
| Data zatrudnienia | od dnia: | | | | | | do dnia: | | | |
| Pełna nazwa firmy | | | | | | | | | | |
| Typ zakładu | | | publiczny | | | | niepubliczny | | | inny |
| Telefon | | | | | | | Fax | | | |
| NIP | | | | | | | Regon | | | |
| Podtyp firmy (szpital, dps, poradnia) | | | | | | | | | | |
| Ulica i nr domu | | | | | Nr lokalu | | | | | |
| Miejscowość | | | | | Województwo | | | | | |
| Kod pocztowy | | | - | | Poczta | | | | | |



F. Zmiana Bez zmian

| Dane o ukończeniu szkoły pielęgniarzkiej, położniczej | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Uzyskany tytuł zawodowy | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> pielęgniarka dyplomowana / pielęgniarz | | | | <input type="checkbox"/> licencjat piel. | | | | <input type="checkbox"/> magister piel. | | | |
| <input type="checkbox"/> położna dyplomowana/położny | | | | <input type="checkbox"/> licencjat położ. | | | | <input type="checkbox"/> magister położ. | | | |
| Nazwa szkoły | | | | | | | | | | | |
| Ulica i nr domu | | | | | | Nr lokalu | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | Województwo | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | Poczta | | | | | |
| Kraj | | | | | | Rok ukończenia szkoły | | | | | |
| Numer dyplomu | | | | | | Data wydania dyplomu | | | | | |
| Miejsce ukończenia szkoły | | | | | | Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa) | | | | | |

G. Zmiana Bez zmian

| Dane o specjalizacji | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| Dziedzina specjalizacji | | | | | | | | | | | |
| Nazwa organizatora | | | | | | | | | | | |
| Data ukończenia | | | | | | | | | | | |
| Numer dyplomu | | | | | | Data wystawienia | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| Dziedzina specjalizacji | | | | | | | | | | | |
| Nazwa organizatora | | | | | | | | | | | |
| Data ukończenia | | | | | | | | | | | |
| Numer dyplomu | | | | | | Data wystawienia | | | | | |

H. Zmiana Bez zmian

| Dane o kursach | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> kwalifikacyjny | | | | | | <input type="checkbox"/> specjalistyczny | | | | | |
| Data rozpoczęcia | | | | | | Data zakończenia | | | | | |
| Organizator | | | | | | | | | | | |
| Zakres / uwagi | | | | | | | | | | | |

| Dane o kursach | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> kwalifikacyjny | | | | | | <input type="checkbox"/> specjalistyczny | | | | | |
| Data rozpoczęcia | | | | | | Data zakończenia | | | | | |
| Organizator | | | | | | | | | | | |
| Zakres / uwagi | | | | | | | | | | | |



| Dane o kursach | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kwalifikacyjny | <input type="checkbox"/> specjalistyczny |
| Data rozpoczęcia | Data zakończenia |
| Organizator | |
| Zakres / uwagi | |

| Dane o kursach | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kwalifikacyjny | <input type="checkbox"/> specjalistyczny |
| Data rozpoczęcia | Data zakończenia |
| Organizator | |
| Zakres / uwagi | |

| Dane o kursach | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kwalifikacyjny | <input type="checkbox"/> specjalistyczny |
| Data rozpoczęcia | Data zakończenia |
| Organizator | |
| Zakres / uwagi | |

I. Zmiana Bez zmian

| | |
|---------------------------------|--|
| Uzyskany stopień naukowy | |
| Dziedzina stopnia naukowego | |
| Data uzyskania | |
| Nazwa organu nadającego stopień | |

J. Zmiana Bez zmian

| | |
|---------------------------------|--|
| Uzyskany stopień naukowy | |
| Dziedzina stopnia naukowego | |
| Data uzyskania | |
| Nazwa organu nadającego stopień | |

K. Zmiana Bez zmian

| Dane o zaprzestaniu wykonywania zawodu | |
|--|------------------|
| Data rozpoczęcia | Data zakończenia |

L. Zmiana Bez zmian

| Dane o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu | |
|---|------------------|
| Data rozpoczęcia | Data zakończenia |

M. Zmiana Bez zmian

| Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą | |
|--|--------------|
| Data uzyskania wpisu | Numer księgi |

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, ze 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.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 178 poz. 1038, ze zm.), **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: zarejestrowanych jako bezrobotne, przebywających na urloпах wychowawczych, pobierających zasiłek rehabilitacyjny, niewykonyjących zawodu od daty złożenia wniosku o zaprzestanie wykonywania zawodu lub wniosku o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu),
- 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.

Oświadczam również, że 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).

Data:

.....

Podpis wnioskodawcy

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).

Załączniki w przypadku zmiany danych:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).