



**WNIOSEK
O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ
I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WŁOCŁAWKU**

Pełne

Ograniczone

Nazwisko i imię:

Numer, miejsce i data wydania dyplomu:

Uzyskany tytuł zawodowy:

Nazwa ukończonej szkoły:

.....

Oświadczam, iż posiadam obywatelstwo:

Oświadczam, iż znane mi są przepisy prawa dotyczące wykonywania zawodu
pielęgniarki/położnej.

Miejscowość, data Podpis

W przypadku ograniczonego prawa wykonywania zawodu:

Oświadczam, iż zamierzam odbyć staż podyplomowy w:

.....

(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(adres siedziby zakładu)

.....

(zakres odbywania stażu podyplomowego)

Miejscowość, data Podpis



Załączniki do wniosku:

1. Arkusz zgłoszeniowy danych osobowych.
2. Kopia dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, wraz z suplementem wydanym do dyplomu – oryginał do wglądu.
3. Kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego – oryginał do wglądu (dotyczy absolwentów medycznych szkół zawodowych).
4. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza.
5. Dwa jednakowe zdjęcia (w kolorze) o wymiarach 24x28 mm.
6. Oryginał dowodu osobistego – do wglądu.
7. Załącznik nr 1 do wniosku o stwierdzenie/wymianę PWZ pielęgniarki/położnej.
8. Załącznik nr 2 do wniosku o stwierdzenie/wymianę PWZ pielęgniarki/położnej.

Pouczenie

Zgodnie z art. 11 ust 2 pkt. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) regularne opłacanie składki członkowskiej jest obowiązkowe.

Zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.) pielęgniarka, położna wpisana do rejestru, jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Oświadczam, 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).

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, 650).
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

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej

o serii: numerze:

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis