



**WNIOSEK
O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU PIEŁĘGNIARKI / POŁOŻNEJ OBYWATELOWI PAŃSTWA
CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPISANIE NA LISTĘ
CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE
WŁOCŁAWKU**

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Numer, miejsce i data wydania dyplomu:

Uzyskany tytuł zawodowy:

Data rozpoczęcia kształcenia:

Uzyskany dyplom, świadectwo:

Data uzyskania dyplomu, świadectwa:

Nazwa ukończonej szkoły:

Oświadczam, iż posiadam obywatelstwo:

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

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do
wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej.

Miejscowość, data Podpis



Załączniki

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego.
4. Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego.
5. Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego.
6. Dwa zdjęcia o wymiarach 24 x 28 mm.
7. Kopia paszportu – oryginał do wglądu.
8. Załącznik nr 1 do wniosku o stwierdzenie / wymianę PWZ.
9. Załącznik nr 2 do wniosku o stwierdzenie / wymianę PWZ.

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) 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. 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



Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
we Włocławku

87-800 Włocławek, ul. Dziewińska 17
Tel: 54 23 11 877

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej

o serii: numerze:

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis