

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO OSOBIE, BĘDĄCEJ  
OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH  
PROWADZONEGO PRZEZ**

**Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Radomiu**

**Dane osobowe:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>		
<b>Nazwisko rodowe:</b>		
<b>Nazwisko poprzednie:</b>		
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
<b>Imię ojca:</b>		
<b>Imię matki:</b>		
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Kraj:
<b>Nr PESEL:</b>	<input type="text"/>	
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:	
	Numer dokumentu:	
	Kraj wydania:	
<b>Obywatelstwo/a:</b>		

**Dane kontaktowe:**

<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>		
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	

**Dane o wykształceniu:**

<b>Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:</b>		
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>		
<b>Adres szkoły:</b>		
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	

<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>										
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>										
<b>Data wydania dyplomu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>									
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

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

**Dane do korespondencji:**

<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Kraj:</b>
<b>Adres e-mail</b>	<b>Numer telefonu</b>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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 dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 3) 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;
- 4) 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 - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 5) dwa zdjęcia o wymiarach 50mm na 40 mm.
- 6) dokument tożsamości do wglądu.