

**WNIOSEK O WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU
OKRĘGOWEGO REJESTRU W KIELCACH**

Nazwisko i imię (imiona):

Nr PESEL:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Kielce, dn. Podpis

W celu dokonania odpowiedniego wpisu w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, należy oryginał zaświadczenia dołączyć do wniosku.

Załącznik:

- kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy - oryginał do wglądu,
 - kopia dowodu osobistego – oryginał do wglądu.
 - uchwała o wykreśleniu z okręgowego rejestru dotychczasowej okręgowej izby
 - oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
-

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr
- uchwały nr z dnia

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 174, 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 zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych),
- 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.

Kielce, dn. Podpis

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.)

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY* DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE PIELEŃNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH PROWADZONYM
PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KIELCACH**

CZEŚĆ 1¹

DANE OSOBOWE																						
Nazwisko				Imiona																		
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ²				Kraj wydania dokumentu																		
Data urodzenia	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					-			-									Miejsce urodzenia	Miejscowość			
		-			-																	
Numer p wz ³	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	Miejsce urodzenia	Gmina			
			Województwo																			

CZEŚĆ 2⁴

A. Zmiana Bez zmian

Imię drugie		Nazwisko poprzednie															
Nazwisko rodowe		Płeć															
Imię ojca		Imię matki															
Posiadane obywatelstwa		NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
		Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy														
			<input type="checkbox"/> Uregulowany														
	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany																

B. Zmiana Bez zmian

DANE TELEADRESOWE														
Adres zameldowania														
Ulica			Numer											
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-								Miejscowość	
		-												
Gmina			Powiat											
Województwo			Kraj											
Poczta														
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)														
Ulica			Numer											
Kod	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				-								Miejscowość	
		-												
Gmina			Powiat											
Województwo			Kraj											
Poczta														
DANE KONTAKTOWE														
Telefon			Telefon 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”

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			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

E. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa		Uzyskany tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

H. Zmiana Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny		Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny		Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny		Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):	
Dziedzina stopnia naukowego:	
Data uzyskania:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego stopień:	

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego tytuł:

K. Zmiana Bez zmian

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M. Zmiana Bez zmian

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
Data uzyskania wpisu <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numer księgi <input type="text"/>

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 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w **Kielcach**
3. Adres siedziby administratora danych: **25-522 Kielce, ul. Nowy Świat 32a**

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 174, 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 zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych).
- 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.

Kielce, dn. Podpis wnioskodawcy

Pouczenie: Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytym stażu podyplomowym - 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).