**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU   
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO[[1]](#footnote-1)   
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

***Świętokrzyska Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach***

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | |
| Nr PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | **Nazwa dokumentu:** |
| **Numer dokumentu:** |
| **Kraj wydania:** |

**Podstawowe dane:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko: |  | |
| Imię (imiona): |  | |
| Nazwisko rodowe: |  | |
| Nazwisko poprzednie: |  | |
| Płeć: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Kobieta |  | Mężczyzna | |  |  | |  |  | | |
| Imię ojca: |  | |
| Imię matki: |  | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Miejsce urodzenia: | **Miejscowość:** | **Gmina, Województwo\ Kraj** |
| Obywatelstwo/a: |  | |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Uregulowany |  | Nieuregulowany | |  |  | |  |  | | |

**Dane teleadresowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres miejsca zamieszkania: | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |
| Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ) | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane kontaktowe: | |
| Telefon: | **E-mail:** |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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.

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka |  | położna | |  |  | |  |  | |  | pielęgniarka dyplomowana |  | położna dyplomowana | |  |  | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  |  |  | |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Miejscowość szkoły: |  |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Data wydania dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Rok ukończenia szkoły: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |

**Świadoma/y odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia** **oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Kielce, dn .................................................. Podpis ..........................................................................

**Świadoma(y) odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Kielce, dn .................................................. Podpis ..........................................................................

**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 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

Kielce, dn .................................................. Podpis ..........................................................................

**Załączniki:**

1. kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego;
3. kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia   
   6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.

- rozdzielczość: minimum 492x633 piksele

- rozmiar: do 2.5 MB

- rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png

- proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)

- kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło

4. dokument tożsamości do wglądu.

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)