

Nr prawa

Nr rejestru

.....

Miejscowość , dnia

.....
Nazwisko i imiona

.....
Adres zamieszkania

.....
Zawód

**Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
w Olsztynie**

Wnoszę o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki *, pielęgniarza*, położnej*,
położnego* oraz wpisu do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie .

.....
Podpis wnioskodawcy

- niepotrzebne skreślić

Wniosek o wpis do rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie

pielęgniarka

pielęgniarz

położna

położny

A. Dane osobowe

1. Imiona _____

Nazwisko _____

2. Nazwisko rodowe _____

3. Imiona rodziców _____

4. Płeć: Kobieta Mężczyzna

5. Stosunek do służby wojskowej / dotyczy obywateli RP/ : uregulowany nieuregulowany

6. Miejsce urodzenia
(kraj) (Województwo) (miejsowość)

7. Data urodzenia - |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|
Dzień Miesiąc Rok

8. Numer ewidencyjny PESEL |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. Numer dowodu osobistego Seria: Nr:.....

Numer paszportu /dot. obcokrajowców/ Seria : Nr:

10. Numer NIP : |__|_|_|_| - |__|_|_|_| - |__|_|_| - |__|_|_|

11. Obywatelstwo (obywatelstwa)

12. Adres zamieszkania: kod poczt. □□-□□□□

(Miejscowość)

(Powiat – Dzielnic)

(Gmina)

ul. tel. domowy / kom./
(Nr domu) (Nr lokalu)

12a. Adres do korespondencji : kod poczt. □□-□□□□

(Miejscowość)

(Powiat – Dzielnic)

(Gmina)

ul. tel. domowy/
(Nr domu) (Nr lokalu)

B. Dane zawodowe

13. Rodzaj ukończonej szkoły medycznej

a/ Nazwa szkoły:

Dyplom nr data wydania miejscowość

Rok ukończenia szkoły

b/ Nazwa szkoły:

Dyplom nr data wydania miejscowość

Rok ukończenia szkoły

14. Tytuł zawodowy:

Magister pielęgniarstwa

Magister położnictwa

Licencjat pielęgniarstwa

Licencjat położnictwa

Pielęgniarka

Położna

Pielęgniarz

Położny

Inny posiadany tytuł zawodowy:

Magister Licencjat

Nazwa i rodzaj ukończonej szkoły wyższej

Rok ukończenia

15. Informacje o Prawie Wykonywania Zawodu

Numer aktualnego zaświadczenia o prawa wykonywania zawodu Nr rejestru

Numer Ograniczonego Prawa Wykonywania Zawodu Nr rejestru

Numery dotychczasowych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu wydane przez :

Prezydium Rady Narodowej w Numer data wydania

Urząd Wojewódzki w Numer data wydania

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Numer data wydania

16 Informacje o skreśleniu z rejestru pielęgniarek i położnych :

Nr uchwały Okręgowej Rady / Prezydium Okręgowej Rady data wydania

17. Informacja o posiadaniu Prawa Wykonywania Zawodu w *innym państwie:*

Nazwa państwa

Numer prawa wykonywania zawodu Data wydania

na czas ograniczony / nieograniczony (*niepotrzebne skreślić*)

ograniczony od dnia do dnia

Organ wydający zezwolenie Prawo Wykonywania Zawodu:

18. Informacje o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu:

podstawa prawna : uchwała Okręgowej Rady / Prezydium Okręgowej Rady Nr

od dnia do dnia

orzeczenie lekarskie od dnia do dnia

19. Data rozpoczęcia stażu podyplomowego

miejsce rozpoczęcia stażu
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

20. Data ukończenia stażu podyplomowego

miejsce zakończenia stażu
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

21. Przebieg pracy zawodowej w zawodzie pielęgniarki, położnej:

Nazwa pracodawcy i miejscowość /pełna nazwa/	Stanowisko	Okres zatrudnienia Od /dz. m. r./..... Do /dz. m. r./.....

22. Indywidualna, indywidualna specjalistyczna, grupowa praktyka pielęgniarek/położnych:

Nazwa praktyki	Adres praktyki	Nr wpisu do rejestru w Izbie	Data rozpoczęcia działalności	Data zakończenia działalności

23. Miejsce wykonywania praktyki

- wyłącznie w miejscu wezwania
 w gabinecie pielęgniarskim/położniczym*
 inne - zgodnie z obowiązującym prawem

24. Numer REGON 1__1__1__1__1__1__1__1__1__1

25. Kształcenie podyplomowe /medyczne/:

Lp.	Nazwa kursu i rodzaj kształcenia podyplomowego	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu / zaświadczenia	Data wystawienia
1					
2					
3					
4					
5					
6					

26. Uzyskany stopień naukowy Data uzyskania

Nadany przez
(organ nadający tytuł)

27. Uzyskany tytuł naukowy Data uzyskania

Nadany przez
(organ nadający tytuł)

28. Zaprzestanie wykonywania zawodu od: |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień Miesiąc Rok

do: |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień Miesiąc Rok

29. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu od: |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień Miesiąc Rok

do: |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień Miesiąc Rok

30. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu |_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień Miesiąc Rok

31. Znajomość języków

nazwapoziom ;podstawowy, dobry , bardzo dobry, biegły

nazwapoziom ;podstawowy, dobry , bardzo dobry, biegły

nazwapoziom ;podstawowy, dobry , bardzo dobry, biegły

nazwapoziom ;podstawowy, dobry , bardzo dobry, biegły

Ja niżej podpisana/y:

1. **Oświadczam**, że znane mi są:

- zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej,
- ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,
- ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych,

oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązujących przepisów stanowią przeszkodę do wykonywania zawodu.

2. **Zobowiązuję się** do regularnego opłacania składki członkowskiej na rzecz samorządu

3. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w elektronicznym rejestrze pielęgniarek i położnych.

4. **Zobowiązuje się** do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku, nie później jednak niż w terminie 14 dni od ich powstania.

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

W załączeniu :

- ksero dyplomu ukończenia szkoły medycznej(oryginał do wglądu)
- ksero odpisu aktu małżeństwa (oryginał do wglądu)
- zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej
- zaświadczenia o odbytym stażu podyplomowym
- ksero dokumentów potwierdzających zdobyte kwalifikacje medyczne (oryginał do wglądu)
- dwa jednakowe zdjęcia (wymiary 24x28mm)
- oryginał prawa wykonywania zawodu
- zaświadczenie o zatrudnieniu
- kserokopie świadectw pracy potwierdzające przebieg pracy zawodowej

*- niepotrzebne skreślić