

## WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana   <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa   <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana   <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa   <input type="checkbox"/> magister położnictwa                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana  <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa  <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana  <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa  <input type="checkbox"/> magister położnictwa								
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana  <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa  <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana  <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa  <input type="checkbox"/> magister położnictwa										
<b>Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód:</b>											

### Przebieg pracy zawodowej

Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do...	Wykonywany zawód pielęgniarka, położna, pielęgniarz, położny	Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w Poznaniu.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

## **Załączniki:**

1. Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu (**oryginał do wglądu**),
2. Kserokopia prawa wykonywania zawodu (**oryginał do wglądu**),
3. Kserokopia dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu magistra/licencjata pielęgniarstwa/położnictwa (**oryginał do wglądu**),
4. Kserokopia dyplomu szkoły medycznej (dotyczy osób nie posiadających tytułu magistra/licencjata pielęgniarstwa/położnictwa), **oryginał do wglądu**,
5. W przypadku, gdy w/w dokumenty wystawione zostały na inne nazwisko, należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego jego zmianę np. odpis aktu małżeństwa (**oryginał do wglądu**),
6. Zaświadczenie o płaceniu składek na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu przez okres co najmniej 3 lat (wystawione przez zakład pracy) lub dowody wpłat składek członkowskich,
7. Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych (dotyczy wydania zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej).

**UWAGA!** Wydane zaświadczenie o kwalifikacjach oraz zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej **ważne jest przez okres 3 miesięcy od daty wystawienia** zaświadczenia przez OIPiP w Poznaniu.