

*Uchwała nr: /VIII *Nr PWZ:

2	8						
---	---	--	--	--	--	--	--

*Nr Rejestru:

2	8	3	0	2	8						
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

* Wypełnia pracownik Działu Rejestru OIPIP

**WNIOSEK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO¹
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH¹
PROWADZONEGO PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU**

¹ Niepotrzebne skreślić

Dane osobowe:

Nazwisko:													
Imię (imiona):													
Nazwisko rodowe:													
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna												
Imię ojca:													
Imię matki:													
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:												
	Kraj:												
Nr PESEL:	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:												
	Numer dokumentu:												
	Kraj wydania:												
Obywatelstwo/a:													

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:			
Województwo:		Powiat:	Gmina:
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:		

Dane do korespondencji:

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

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> pielęgniarzka	<input type="checkbox"/> położna
Nazwa ukończonej szkoły:		
Numer dyplomu/świadectwa:		
Miejscowość wydania dyplomu:		
Data wydania dyplomu:	- -	
Rok ukończenia szkoły:		

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 2020 r. poz. 344) 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 2020 r. poz. 344) 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 zapoznałam/em 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 2022 r. poz. 2702 z późn. zm.).

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

1. Kopia decyzji Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 17 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2. Dwa aktualne kolorowe zdjęcia, o wymiarach 35 x 45 mm, wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy, w pozycji na wprost (dowodowe);

Na potrzeby wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych:

3. Kopia dyplomu/duplikatu dyplomu spełniającego warunki, określone w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;

***W przypadku obywateli Ukrainy, którzy przekroczyli granicę Ukrainy z Polską od dnia 24 lutego 2022 r., nie posiadających oryginału dyplomu – kopia dyplomu (dobrej jakości odwzorowanie dokumentu) wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego**

(zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583) za obywatela Ukrainy uważa się także nieposiadającego obywatelstwa ukraińskiego małżonka obywatela Ukrainy, o ile przybył on na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bezpośrednio z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa.);

4. Dokument tożsamości do wglądu.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. zm.), **w momencie wpisu do rejestru prowadzonego przez ORPiP w Poznaniu zobowiązuję się do:**

- regularnego opłacania składki członkowskiej (nie dotyczy osób zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych),
- 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.

Data

Podpis

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

(wypełnić i podpisać przy odbiorze prawa wykonywania zawodu)

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria Nr

uchwały nr z dnia

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. 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.

Data

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 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 628 z późn. zm.).