

\*Uchwała nr: ..... /VIII \*Nr PWZ: 

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

\*Nr Rejestru: 

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

\* Wypełnia pracownik Działu Rejestru OIPiP

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO<sup>1</sup>  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/  
OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ  
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU**

**Dane osobowe:**

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<b>Nazwisko:</b>								
<b>Imię (imiona):</b>								
<b>Nazwisko rodowe:</b>								
<b>Nazwisko poprzednie:</b>								
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna						
<b>Imię ojca:</b>								
<b>Imię matki:</b>								
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 5%; text-align: center;">.....</td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 5%; text-align: center;">.....</td><td style="width: 20%; height: 20px;"></td></tr></table>		.....		.....			
	.....		.....					
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:					
<b>Nr PESEL:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr></table>							
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:							
	Numer dokumentu:							
	Kraj wydania:							
<b>Obywatelstwo/a:</b>								
<b>Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:</b>	<input type="checkbox"/> uregulowany	<input type="checkbox"/> nieuregulowany						

**Dane kontaktowe:**

<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>		
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	

**Dane o wykształceniu:**

<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana
	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa
	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>		
<b>Adres szkoły:</b>		
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	
<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>		
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>		
<b>Data wydania dyplomu:</b>		
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>		

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Świadoma(y) odpowiedzialności karnej 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.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

## Dane do korespondencji:

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

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 2017 r. poz. 1219) 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 2017 r. poz. 1219) 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 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

### Załączniki:

- 1) Kserokopia dyplomu oraz suplementu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPI) - oryginał do wglądu;
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego (OIPI w Poznaniu nie wystawia skierowań na badanie);
- 3) dwa aktualne kolorowe zdjęcia, o wymiarach 35 x 45 mm, wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy, w pozycji na wprost (dowodowe);
- 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.).