**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, ALBO OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO \*,   
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Pełne** **Ograniczone**

**Dane osobowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  | |
| **Nazwisko rodowe:** |  | |
| **Nazwisko poprzednie:** |  | |
| **Płeć:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Kobieta |  | Mężczyzna | |  |  | |  |  | | |
| **Imię ojca:** |  | |
| **Imię matki:** |  | |
| **Data urodzenia (rrrr-mm-dd):** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Miejsce urodzenia:** | Miejscowość: | Kraj: |
| **Nr PESEL:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **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 o stażu adaptacyjnym** (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu leczniczego:** |  | |
| **Adres siedziby podmiotu:** | | |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: | |

**Oświadczam, iż zamierzam odbyć/ ukończyłem/am staż adaptacyjny:**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uzyskany tytuł zawodowy:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  | |  |  | | |
| **Nazwa ukończonej szkoły:** |  | |
| **Adres szkoły:** | | |
| **Województwo:** | Powiat: | Gmina: |
| **Ulica:** | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Kod pocztowy:** | Miejscowość: | |
| **Numer dyplomu/świadectwa:** |  | |
| **Miejscowość wydania dyplomu:** |  | |
| **Data wydania dyplomu:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| **Rok ukończenia szkoły:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy

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

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. kopia dyplomu / świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu / świadectwa w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem / świadectwem ukończenia polskiej szkoły zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
3. dwa zdjęcia o wymiarach ………….. mm;
4. urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim;
5. dokument tożsamości do wglądu.

**W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu, dodatkowo należy złożyć:**

1. zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej na podstawie przepisów w Państwie, w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód;
2. zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego wnioskodawca jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
3. zezwolenie na pobyt stały albo inny dokument stwierdzający uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej\*\*;
4. kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej) (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP).

\*\* Okręgowa rada może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniającemu pozostałe warunki przyznania prawa wykonywania zawodu. Prawo wykonywania zawodu może być w takiej sytuacji wydane na okres nie dłuższy niż okres, na który osoba wnioskująca posiada uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.