**Załącznik nr 7** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**WNIOSEK O WYMIANĘ NA NOWE ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH\* PROWADZONEGO PRZEZ**

Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

(pełna nazwa okręgowej rady)

**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: | Gmina: | Województwo: |
| **Nr PESEL:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:** | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| **Obywatelstwo/a:** |  |
| **Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Uregulowany |  | Nieuregulowany |
|  |  |
|  |  |

 |

**Dane kontaktowe:**

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

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uzyskany tytuł zawodowy:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka /pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  |  |
|  |  |
|  | 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:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Dane zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu**  | Numery poprzednich zaświadczeń |
| Organ wydający |
| Data wydania |
| **Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie:** | Kraj zagranicznego prawa |
| Numer zagranicznego dokumentu |
| **Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:** |  |

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 ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
3. arkusz aktualizacyjny;
4. dwa zdjęcia o wymiarach ………….. mm.
5. dokument tożsamości do wglądu.