

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA  
W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer prawa wykonywania zawodu:	_____
Numer PESEL:	_____

**Oświadczam że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu**  
Seria ..... Nr .....

**Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....**,  
zostało:

zagubione       skradzione       zniszczone

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

---

**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 .....

---

**Zobowiązuję się zwrócić Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w .....** pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

**Załączniki:**

- 1) dokument tożsamości do wglądu;
- 2) arkusz aktualizacyjny.
- 3) kolorowe zdjęcie na płycie CD lub przesłane mailem na adres [pwz zamosc@oipip.eu](mailto:pwz zamosc@oipip.eu) zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.
  - rozdzielczość: minimum 492x633 piksele
  - rozmiar: do 2.5 MB
  - rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png
  - proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)
  - kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło