

*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/POŁOŻNEGO¹
OSOBIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/OKRĘGOWEGO REJESTRU
POŁOŻNYCH¹ PROWADZONEGO PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU**

¹ Niepotrzebne skreślić**Dane osobowe:**

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:														
Nr PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:													
	Numer dokumentu:													
	Kraj wydania:													

Podstawowe dane:

Nazwisko:																
Imię (imiona):																
Nazwisko rodowe:																
Nazwisko poprzednie:																
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna															
Imię ojca:																
Imię matki:																
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.....</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.....</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
																
Miejsce urodzenia:	<table border="1"><tr><td>Miejscowość:</td><td>Kraj:</td></tr></table>	Miejscowość:	Kraj:													
Miejscowość:	Kraj:															
Obywatelstwo/a:																

Dane teleadresowe:

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

Adres korespondencyjny:			
Miejscowość:			Kod pocztowy:
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Województwo:	Powiat:	Gmina:	Poczta:

Dane kontaktowe:	
Telefon:	E-mail:

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z 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 przysyłanie 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 przysyłanie 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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.

Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:	
Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka ☐ położna
Nazwa ukończonej szkoły:	
Miejscowość szkoły:	
Numer dyplomu/świadectwa:	
Data wydania dyplomu:	
Rok ukończenia szkoły:	
Miejscowość wydania dyplomu:	

Miejscowość, data Podpis

Miejscowość, data Podpis

Miejscowość, data Podpis

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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 3) zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;
- 4) zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca 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 wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 5) jedno aktualne kolorowe zdjęcie o wymiarach 35x45 mm wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy w pozycji na wprost (dowodowe) oraz jedno **zdjęcie cyfrowe** wgrane poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub dostarczone na nośniku cyfrowym (np. pendrive, płyta CD), 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,
 - kompozycja: twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło.
- 6) 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 Prawa Wykonywania Zawodu i złożenia oświadczenia

(wypełnić i podpisać przy odbiorze prawa wykonywania zawodu)

Niniejszym potwierdzam odbiór:

☐ 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

Niniejszym potwierdzam odbiór:

☐ Informacji dotyczącej **indywidualnego opłacania składki** członkowskiej na rzecz OIPiP w Poznaniu.

Data

Podpis

Niniejszym potwierdzam odbiór:

☐ **Prawa wykonywania zawodu** numer:

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

Seria Nr

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.).