

**WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Nazwisko:	
Imię (imiona):	
Numer prawa wykonywania zawodu:	
Numer PESEL:	

Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu z powodu:

- ☐ zagubienia prawa wykonywania zawodu/zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu;
- ☐ kradzieży prawa wykonywania zawodu/zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu;
- ☐ zniszczenia prawa wykonywania zawodu/zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu;
- ☐ braku miejsca na wpis w zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu;
- ☐ omyłki pisarskiej w prawie wykonywania zawodu albo w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu;
- ☐ zmiany danych na prawie wykonywania zawodu (np. zmiana nazwiska).

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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejscowość, data Podpis

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

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) Dokument tożsamości do wglądu;
- 2) arkusz aktualizacyjny;
- 3) 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 skierowania w stronę obiektywu, białe tło.

Potwierdzenie odbioru Prawa Wykonywania Zawodu i złożenia oświadczenia

(wypełnić i podpisać przy odbiorze prawa wykonywania zawodu)

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.).