

Wniosek o wpis do Rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce

pielęgniarka pielęgniarz położna położny

A. Dane osobowe

1. Imiona _____

Nazwisko _____

Nazwisko (używane wcześniej) _____

2. Nazwisko rodowe _____

3. Imiona rodziców _____

4. Płeć: Kobieta Mężczyzna

5. Stosunek do służby wojskowej uregulowany nieuregulowany

6. Miejsce urodzenia
(kraj) (Województwo) (miejscowość)

7. Data urodzenia |__|_|_|_|_| - |__|_|_| - |__|_|_|
Rok Miesiąc Dzień

8. Numer ewidencyjny PESEL |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

9. Numer dowodu osobistego Seria: Nr:

Numer paszportu Seria: Nr:

Nazwa dokumentu
(inny dokument, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych) (Numer)

10. Numer NIP : |__|_|_|_| - |__|_|_|_| - |__|_|_| - |__|_|_|

11. Obywatelstwo (obywatelstwa)

12. Adres zamieszkania: kod poczt.

.....
(Miejscowość) (Dzielnica) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. domowy
(Nr domu) (Nr lokalu)

11. Adres do korespondencji: kod poczt.

.....
(Miejscowość) (Dzielnica) (Powiat) (Gmina)

ul. tel. domowy
(Nr domu) (Nr lokalu)

B. Dane zawodowe

13. Rodzaj ukończonej szkoły

Nazwa szkoły:

Dyplom Nr: data wydania: miejscowość:

Rok ukończenia szkoły:

14. Tytuł zawodowy:

Magister pielęgniarstwa

Magister położnictwa

Licencjat pielęgniarstwa

Licencjat położnictwa

Pielęgniarka

Położna

Pielęgniarz

Położny

Inny posiadany tytuł zawodowy:

Magister

Licencjat

Nazwa i rodzaj ukończonej szkoły wyższej :

.....

..... Rok ukończenia

15. Informacje o Prawie Wykonywania Zawodu

Numer Prawa Wykonywania Zawodu Nr rejestru

Numer Ograniczonego Prawa Wykonywania Zawodu Nr rejestru

Numery dotychczasowych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu wydane przez :

Prezydium Rady Narodowej w Numer data wydania | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ |
Rok Miesiąc Dzień

Urząd Wojewódzki w Numer data wydania | _ | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ | - | _ | _ | _ |
Rok Miesiąc Dzień

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Numer data wydania

16. Informacje o skreśleniu z rejestru pielęgniarek i położnych:

Numery dotychczasowych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu:

Numery rejestru:

Nr uchwały Okręgowej Rady/Prezydium Okręgowej Rady: data wydania

17. Informacja o posiadaniu Prawa Wykonywania Zawodu w innym państwie:

Nazwa państwa

Numer prawa wykonywania zawodu

Data wydania prawa wykonywania zawodu

na czas ograniczony / nieograniczony (*niepotrzebne skreślić*)

ograniczony od dnia do

Organ wydający zaświadczenie o Prawie Wykonywania Zawodu

18. Informacje o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu:

podstawa prawna : uchwała Okręgowej Rady / Prezydium Okręgowej Rady Nr

od dnia do dnia

orzeczenie lekarskie od dnia do dnia

19. Data rozpoczęcia stażu podyplomowego:
miejsce rozpoczęcia stażu
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

20. Data ukończenia stażu podyplomowego
miejsce zakończenia stażu
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

21. Przebieg pracy zawodowej:

Nazwa pracodawcy	okres zatrudnienia od - do	stanowisko

22. Indywidualna, indywidualna specjalistyczna, grupowa praktyka pielęgniarek/położnych

Nazwa praktyki	Adres praktyki	Nr wpisu do rejestru	Data rozpoczęcia działalności	Data zakończenia działalności

23. Miejsce wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania
 w gabinecie pielęgniarskim
 inne

24. Numer REGON |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

25. Kształcenia podyplomowe (Data i rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego, nazwa organizatora, oraz w przypadku szkolenia specjalizacyjnego numer dyplomu, oraz datę jego wystawienia):

Lp	Rodzaj kształcenia podyplomowego	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1					
2					
3					
4					

26. Uzyskany stopień naukowy Data uzyskania
Nadany przez
(organ nadający tytuł)

27. Uzyskany tytuł naukowy Data uzyskania
Nadany przez

.....
(organ nadający tytuł)

28. Zaprzestanie wykonywania zawodu

od: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
Rok Miesiąc Dzień

do: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
Rok Miesiąc Dzień

29. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu

od: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
Rok Miesiąc Dzień

do: |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
Rok Miesiąc Dzień

30. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu

|_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|
Rok Miesiąc Dzień

Ja niżej podpisana/y:

1. **Oświadczam**, że znane mi są:

- zasady etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej,
- ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej,
- ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych,

oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązujących przepisów stanowią przeszkodę do wykonywania zawodu lub przeszkodę do pojęcia wykonywania zawodu (art. 15 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej).

2. **Zobowiązuje się** do regularnego opłacania składki członkowskiej.
3. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w elektronicznym rejestrze pielęgniarek i położnych .
4. **Zobowiązuje się** do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku, nie później jednak niż w terminie 14 dni od och powstania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data)

w załączeniu przedkładam:

- ksero dyplomu ukończenia szkoły (oryginał do wglądu)*
- ksero odpisu aktu małżeństwa (oryginał do wglądu)*
- zaświadczenie o stanie zdrowia (że mogę wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej)*
- ksero zaświadczenia o odbytych stażu podyplomowym (oryginał do wglądu)*
- ksero dokumentów potwierdzających zdobyte kwalifikacje (oryginał do wglądu)*
- dwa jednakowe zdjęcia (wymiary 24 x 28mm)* - w przypadku ubiegania się o wydanie nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.

* **niepotrzebne skreślić**