

WNIOSEK

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

1. Imię / imiona _____

2. Nazwisko _____

3. Nazwisko rodowe _____

4. Data i miejsce urodzenia _____

5. Adres miejsca zamieszkania:

_____	_____	
miescowosc	kod	
_____	_____	
ulica	nr domu	nr mieszkania

6. Tytuł zawodowy _____

7. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu _____

Prawo wykonywania zawodu wydane przez: _____

data wydania: _____

8. Nr PESEL _____ w przypadku jego braku – cechy dokumentu

potwierdzającego tożsamość nazwa dokumentu _____

numer dokumentu _____ kraj wydania _____

9. Obywatelstwo _____

10. Wyjazd do _____

(nazwa kraju, na terenie którego zainteresowana zamierza wykonywać zawód)

Przebieg pracy zawodowej

Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do...	Stanowisko pracy	Nazwa zakładu, adres

Załączniki:

- Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych,
 - co najmniej trzy kolejne lata w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia dla licencjata pielęgniarstwa/licencjata położnictwa, dla pielęgniarki(-rza)/pielęgniarki(-rza) dyplomowanej (-ego), położnej (-ego)

Pouczenie:

W przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/pielęgniarsz i położna/położny składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

.....
(miejsce i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)