

Data wpływu wniosku | | - | | - | | | |
dzień miesiąc rok

(Wypełnia okręgowa izba pielęgniarek i położnych)

Numer sprawy:

Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu położnej i wpis do rejestru położnych

Wypełnia obywatel państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, DRUKOWANYMI literami, w języku polskim.

Deklaracja miejsca wykonywania zawodu na terenie działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
(miejsowość)

Płeć* K M

Imię (imiona)

Nazwisko Nazwisko rodowe

Data urodzona | | - | | - | | | | Miejsce urodzenia
dzień miesiąc rok

Imiona rodziców Obywatelstwo

Seria i numer dokumentu tożsamości / paszportu

Adres zamieszkania
państwo, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania

Adres do korespondencji

państwo, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania

Numer telefonu / e-mail

Tytuł zawodowy (w wersji oryginalnej)

Nazwa ukończonej szkoły położnych

Rodzaj dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji (dyplom, świadectwo, inny dokument)

Wydany przez

Numer dyplomu / świadectwa / innego dokumentu

Data wydania dyplomu / świadectwa / innego dokumentu | | - | | - | | | |
dzień miesiąc rok

Nazwisko, na które wydano dyplom

Nazwa organu rejestrującego

Numer rejestru

Numer licencji / prawa wykonywania zawodu

Data wydania licencji / prawa wykonywania zawodu położnej | | - | | - | | | |
dzień miesiąc rok

Termin, na który wydano licencję | | - | | - | | | |
dzień miesiąc rok

.....
pełne brzmienie imienia i nazwiska

.....
podpis wnioskodawcy

* proszę wstawić „X” w odpowiedniej kratce

Załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Kserokopie wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (oryginały dokumentów wymienionych poniżej przedkłada się w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wyłącznie do wglądu):
 - a) Dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu położnej wydany przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej.
 - b) Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalające na wykonywanie zawodu.
 - c) Zaświadczenie potwierdzające, że osoba zainteresowana nie została pozbawiona licencji/prawa wykonywania zawodu lub licencja/prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko położnej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia licencji/prawa wykonywania zawodu.
 - d) Jeżeli osoba zainteresowana rozpoczęła kształcenie przed datą, o której mowa w art. 11c ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, to dodatkowo dołącza:
 * zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej potwierdzające, że wykonywała zawód położnej przez okres co najmniej 3 kolejnych lat z ostatnich 5 lat bezpośrednio poprzedzających wydanie zaświadczenia,
albo
 zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej potwierdzające, że dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu położnej, został uzyskany po ukończeniu kształcenia zgodnego z przepisami Unii Europejskiej i jest traktowany przez te władze lub organizacje za równoważny z dokumentami, o których mowa w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia.
 - e) Inne dokumenty potwierdzające uzyskanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych.
3. Oświadczenie o znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu położnej.
4. Oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych.
5. 2 fotografie o wymiarach 24 mm x 28 mm.

Oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:

- 1) zebrane dane osobowe będą przetwarzane przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych w celu przyznania prawa wykonywania zawodu i wpis do rejestru,
- 2) przysługuje mi prawo wglądu do moich danych osobowych.

Oświadczam, iż informacje podane w niniejszym wniosku oraz w załączonych dokumentach są prawdziwe. Wszelkie nieścisłości danych zawartych we wniosku mogą spowodować opóźnienie wydania decyzji.

.....
miejsowość i data

.....
podpis wnioskodawcy

Wypełnia Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

pozytywna

negatywna

Okres, na jaki wydano:
- prawo wykonywania zawodu
położnej

Data i numer uchwały
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Numer wpisu do rejestru
położnych

Numer prawa
wykonywania zawodu
położnej

.....
podpis pracownika Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych