

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

(Wypełnia okręgowa izba pielęgniarek i położnych)

Numer sprawy:

Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarke i wpis do rejestru pielęgniarek

Wypełnia pielęgniarke **nie** będąca obywatelem państw członkowskich Unii Europejskiej, 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 w Rzeczypospolitej Polskiej
miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania

Adres do korespondencji

miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania

Numer telefonu / e-mail

Tytuł zawodowy (w wersji oryginalnej)

Nazwa ukończonej szkoły pielęgniarke

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

Nazwa organu rejestrującego

Numer rejestru

Numer licencji / prawa wykonywania zawodu

Data wydania licencji / prawa wykonywania zawodu pielęgniarke | | - | | - | | | |
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) Dyplom szkoły pielęgniarzkiej uznany za równorzędny przez Kuratorium Oświaty i Wychowania w przypadku ukończenia szkoły średniej lub uznany przez Ministra Zdrowia w przypadku ukończenia szkoły wyższej.
 - 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 zawieszona i nie toczy się przeciwko pielęgniarce postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia licencji / prawa wykonywania zawodu.
 - d) Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki na podstawie przepisów obowiązujących w państwie, w którym dotychczas wykonywała zawód.
3. Zaświadczenie o złożeniu egzaminu z języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu pielęgniarki.
4. Zezwolenie na pobyt stały w Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Oświadczenie o posiadaniu pełnych zdolności do czynności prawnych
6. Zaświadczenie o odbyciu 12-miesięcznego stażu podyplomowego w zakładach opieki zdrowotnej.
7. 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 pielęgniarki
- ograniczone prawo
wykonywania zawodu
pielęgniarki

Data i numer uchwały
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Numer wpisu do rejestru
pielęgniarek

Numer prawa wykonywania
zawodu pielęgniarki

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