

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO OSOBIE, BĘDĄCEJ  
OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO  
REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

**Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze**  
(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|   |  |       |       |       |       |
|---|--|-------|-------|-------|-------|
| <b>Nazwisko i imię (imiona):</b>  |  |       |       |       |       |
| <b>Nazwisko rodowe:</b>   |  |       |       |       |       |
| <b>Nazwisko poprzednie:</b>   |  |       |       |       |       |
| <b>Płeć:</b>  | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna  |       |       |       |       |
| <b>Imię ojca:</b>   |  |       |       |       |       |
| <b>Imię matki:</b>  |  |       |       |       |       |
| <b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>   | <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ _ </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ </td></tr></table>       | _ _ _ | _ _   | _ _   | _ _   |
| _ _ _   | _ _  | _ _   | _ _   |       |       |
| <b>Miejsce urodzenia:</b>   | Miejscowość: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 60%;"></td><td style="width: 40%;">Kraj:</td></tr></table>   |       | Kraj: |       |       |
|   | Kraj:  |       |       |       |       |
| <b>Nr PESEL:</b>  | <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ _ </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ _ </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ _ </td><td style="width: 25%; text-align: center;"> _ _ _ </td></tr></table> | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ |
| _ _ _   | _ _ _  | _ _ _ | _ _ _ |       |       |
| <b>W przypadku braku numeru<br/>PESEL cechy dokumentu<br/>potwierdzającego tożsamość:</b> | Nazwa dokumentu:   |       |       |       |       |
|   | Numer dokumentu:   |       |       |       |       |
|   | Kraj wydania:  |       |       |       |       |
| <b>Obywatelstwo/a:</b>  |  |       |       |       |       |

**Dane kontaktowe:**

|                                    |                     |                   |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b> |                     |                   |
| <b>Województwo:</b>                | <b>Powiat:</b>      | <b>Gmina:</b>     |
| <b>Ulica:</b>                      | <b>Nr domu:</b>     | <b>Nr lokalu:</b> |
| <b>Kod pocztowy:</b>               | <b>Miejscowość:</b> |                   |

**Dane o wykształceniu:**

|  |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|
| <b>Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:</b> |                      |                      |
| <b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>                                    |                      |                      |
| <b>Adres szkoły:</b>   |                      |                      |
| <b>Województwo:</b>  | <b>Powiat:</b>       | <b>Gmina:</b>        |
| <b>Ulica:</b>  | <b>Nr domu:</b>      | <b>Nr lokalu:</b>    |
| <b>Kod pocztowy:</b>   | <b>Miejscowość:</b>  |                      |
| <b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>                                   |                      |                      |
| <b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>                                |                      |                      |
| <b>Data wydania dyplomu:</b>                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Rok ukończenia szkoły:</b>                                      | <input type="text"/> |                      |

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślne popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Dane do korespondencji:**

|                     |                |               |
|---------------------|----------------|---------------|
| <b>Województwo:</b> | <b>Powiat:</b> | <b>Gmina:</b> |
|---------------------|----------------|---------------|

|                      |              |                |
|----------------------|--------------|----------------|
|                      |              |                |
| <b>Ulica:</b>        | Nr domu:     | Nr lokalu:     |
| <b>Kod pocztowy:</b> | Miejscowość: | Kraj:          |
| <b>Adres e-mail</b>  |              | Numer telefonu |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

---

**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 2018 r. poz. 123 ze zm.).**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

### Załączniki

- 1) kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPIP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 3) zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;

- 4) zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- 5) dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.
- 6) dokument tożsamości do wglądu.