



**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO¹
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH
PROWADZONEGO PRZEZ**

Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:																			
Nr PESEL:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																		
	Numer dokumentu:																		
	Kraj wydania:																		
Podstawowe dane:																			
Nazwisko:																			
Imię (imiona):																			
Nazwisko rodowe:																			
Nazwisko poprzednie:																			
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna																		
Imię ojca:																			
Imię matki:																			
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Miejsce urodzenia:	<table><tr><td>Miejscowość:</td><td>Gmina, Województwo/KRAJ</td></tr></table>	Miejscowość:	Gmina, Województwo/KRAJ																
Miejscowość:	Gmina, Województwo/KRAJ																		
Obywatelstwo/a:																			
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	☐ Uregulowany ☐ Nieuregulowany																		

Dane teleadresowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

¹ Niepotrzebne skreślić

Dane do korespondencji:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:
Telefon:	E-mail:	

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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.

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	☐ położna / położna dyplomowana										
	☐ licencjat pielęgniarstwa	☐ licencjat położnictwa										
	☐ magister pielęgniarstwa	☐ magister położnictwa										
Nazwa ukończonej szkoły:												
Miejscowość szkoły:												
Numer dyplomu/świadectwa:												
Miejscowość wydania dyplomu:												
Data wydania dyplomu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Rok ukończenia szkoły:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Miejscowość wydania dyplomu:												

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

Warszawa, data Podpis

Świadoma/y odpowiedzialności prawnej 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 umyślnie 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.

Warszawa, data Podpis

Oświadczam, że zapoznałam/em 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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Warszawie, data Podpis

Załączniki:

- 1) oryginalny odpis świadectwa lub dyplomu oraz suplement jeżeli dotyczy (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego;
- 3) zdjęcie o wymiarach 35 x 45 mm oraz kolorowe zdjęcie w zapisie elektronicznym zgodnym z zapisami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrobione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku
 - rozdzielczość: minimum 492 x 633 piksele
 - rozmiar: do 2.5 MB
 - rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png
 - proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35 x 45 mm (szerokość x wysokość)
 - kompozycja: twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło
- 4) dokument tożsamości do wglądu.