

**Załącznik nr 14** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

**Oświadczenie pielęgniarki/położnej/pielęgniarsza/położnego obywatela Państwa członkowskiego Unii Europejskiej o zamiarze tymczasowego lub okazjonalnego wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/pielęgniarsza/położnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

**Dane osobowe:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>			
<b>Nazwisko rodowe:</b>			
<b>Nazwisko poprzednie:</b>			
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	_	_	_
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:
<b>Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:		
	Numer dokumentu:		
	Kraj wydania:		
<b>Obywatelstwo/a:</b>			

**Adres miejsca zamieszkania w państwie, w którym na stałe wykonywany jest zawód pielęgniarki lub położnej:**

<b>Ulica:</b>	Nr domu:	Nr lokalu:
<b>Kod pocztowy:</b>	Miejscowość:	Kraj:

**Adres pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:**

<b>Województwo:</b>	Powiat:	Gmina:
<b>Ulica:</b>	Nr domu:	Nr lokalu:
<b>Kod pocztowy:</b>	Miejscowość:	

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej:**

<b>Numer zaświadczenia:</b>	
<b>Data wydania zaświadczenia</b>	
<b>Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie:</b>	
<b>Kraj wydania:</b>	

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej:**

Numer zaświadczenia:	
Data wydania zaświadczenia	
Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie:	
Kraj wydania:	

**Dane identyfikacyjne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej:**

Numer polisy/dokumentu:	
Podmiot, który wydał polisę/dokument	
Data ważności od:	
Data ważności do:	

**Oświadczam, że posiadam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej dotyczącą wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub posiadam inny dokument potwierdzający indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej, jak wskazane zostało wyżej.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

## Dane dotyczące zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu.

<b>Miejsce zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu:</b>		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
<b>Charakter zamierzonego okazjonalnego lub czasowego wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych):</b>		
<b>Okres zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu, o ile jego określenie jest możliwe:</b>		

Miejscowość, data ..... Podpis .....

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 .....

**Pouczenie:**

W przypadku istotnej zmiany okoliczności potwierdzonych zaświadczeniami lub dokumentami ponownie przedstawia się je okręgowej izbie pielęgniarek i położnych.

**Załączniki:**

- 1) dokument potwierdzający obywatelstwo – do wglądu;
- 2) zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że zgodnie z prawem wykonuje zawód pielęgniarki lub położnej w tym państwie oraz że w momencie wydania zaświadczenia nie obowiązuje jej ograniczenie wykonywania zawodu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo zakaz wykonywania zawodu oraz nie toczy się przeciwko niej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;

zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że posiada jeden z dyplomów, świadectw lub innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.