

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 319/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie zmiany uchwały nr 199/VII/2016 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza lub położnej/położnego potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, a także wzoru zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej

### WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarsza lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarsza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> licencjat położnictwa</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> magister położnictwa</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa				
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana										
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa										
<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa										
<b>Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód:</b>											

#### Przebieg pracy zawodowej

Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do...	Wykonywany zawód pielęgniarka, położna, pielęgniarsza, położny	Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w .....**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

#### Załącznik:

Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.

## RKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”

### Dane identyfikacyjne:

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>									
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

### 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 style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
<b>Miejsce urodzenia:</b>	<small>Miejscowość:</small>	<small>Gmina:</small>												
		<small>Województwo:</small>												
<b>Numer PESEL:</b>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	<small>Nazwa dokumentu:</small>													
	<small>Numer dokumentu:</small>													
	<small>Kraj wydania:</small>													
<b>Obywatelstwo/a:</b>														
<b>Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:</b>	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany												

### Dane kontaktowe:

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

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....