

**WNIOSEK**  
O PRYZNANIE OGRANICZONEGO LUB PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI, PIELĘGNIARZA / POŁOŻNEJ, POŁOŻNEGO  
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII  
EUROPEJSKIEJ ORAZ WPISANIE DO REJESTRU  
OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W TARNOWIE**

(pełna nazwa okręgowej rady)

Pełne

Ograniczone

Nazwisko i imię: .....

Nazwiska poprzednie: .....

Data urodzenia: ..... Obywatelstwo/a: .....

Miejsce urodzenia: ..... Kraj urodzenia: .....

Nr PESEL: .....

(w przypadku nie posiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Uzyskany tytuł zawodowy:

pielęgniarka  
/położna

pielęgniarka  
/położna  
dyplomowana

licencjat

magister

Nazwa ukończonej szkoły: .....

Adres szkoły: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta

Numer dyplomu ..... Miejscowość wydania dyplomu.....

---

**Informacje o stażu adaptacyjnym**

Oświadczam, iż zamierzam odbyć / ukończyłem/am staż adaptacyjny: .....

(nazwa podmiotu leczniczego)

(adres siedziby podmiotu)

---

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Data .....

.....  
Podpis

## Załączniki

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia dyplomu ukończenia polskiej szkoły pielęgniarstwa lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem ukończenia polskiej szkoły zgodnie z odrębnymi przepisami.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza (wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy).
4. Dwa zdjęcia o wymiarach 30 x 30 mm.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość i obywatelstwo.
6. Dokument poświadczający władanie językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarstwa, położnej.

### **W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu, dodatkowo należy złożyć:**

1. Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarstwa / położnej na podstawie przepisów w Państwie w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód.
2. Zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszane i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu (wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy).
3. Zezwolenie na osiedlenie się lub na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnoty Europejskiej.
4. Kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu.

### **Potwierdzenie odbioru oraz oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria ..... Nr .....
- uchwały nr ..... z dnia .....

**Jednocześnie oświadczam,** że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 178 poz. 1038), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską,
- aktualizować dane osobowe zawarte w rejestrze pielęgniarek / rejestrze położnych,
- z chwilą podjęcia pracy zawodowej lub innej zmiany, zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić o zaistniałych zmianach Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie.

Data .....

.....

Podpis

**Pouczenie:** Nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY\***  
**DANYCH OSOBOWYCH**  
**W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH\***  
**PROWADZONYM PRZEZ**  
**OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W TARNOWIE**

**CZEŚĆ 1<sup>1</sup>**

DANE OSOBOWE																					
Nazwisko				Imiona																	
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>2</sup>				Kraj wydania dokumentu																	
Data urodzenia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Miejsce urodzenia	Miejscowość	
Numer p wz <sup>3</sup>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Gmina		
							Województwo														

**CZEŚĆ 2<sup>4</sup>**

**A. Zmiana**  **Bez zmian**

Imię drugie			Nazwisko poprzednie																	
Nazwisko rodowe			Płeć																	
Imię ojca			Imię matki																	
Posiadane obywatelstwa			NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																
			Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	Nie dotyczy																
		Uregulowany																		
			Nieuregulowany																	

**B. Zmiana**  **Bez zmian**

DANE TELEADRESOWE																					
Adres zameldowania																					
Ulica				Numer																	
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Miejscowość		
Gmina				Powiat																	
Województwo				Kraj																	
Poczta																					
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)																					
Ulica				Numer																	
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Miejscowość		
Gmina				Powiat																	
Województwo				Kraj																	
Poczta																					
DANE KONTAKTOWE																					
Telefon				Telefon kom.																	
Adres e-mail																					

\* Niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

<sup>2</sup> Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

<sup>3</sup> W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

<sup>4</sup> Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

C. Zmiana  Bez zmian

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana  Bez zmian

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/>

E. Zmiana  Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text"/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana  Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/>

H. Zmiana  Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I.      Zmiana                       Bez zmian

<b>Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):</b>
<b>Dziedzina stopnia naukowego:</b>
<b>Data uzyskania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nazwa organu nadającego stopień:</b>

J.      Zmiana                       Bez zmian

<b>Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):</b>
<b>Dziedzina stopnia naukowego:</b>
<b>Data uzyskania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nazwa organu nadającego tytuł:</b>

K.      Zmiana                       Bez zmian

<b>DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU</b>	
<b>Data rozpoczęcia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Data zakończenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L.      Zmiana                       Bez zmian

<b>DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU</b>	
<b>Data rozpoczęcia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Data zakończenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M.      Zmiana                       Bez zmian

<b>INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ</b>		
<b>Data uzyskania wpisu</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Numer księgi</b>

#### Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 48. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie
3. Adres siedziby administratora danych : 33-100 Tarnów, ul. Południowa 10.

**Jednocześnie oświadczam**, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 178 poz. 1038), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu, sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską,
- aktualizować dane osobowe zawarte w rejestrze pielęgniarek / rejestrze położnych,
- z chwilą podjęcia pracy zawodowej lub innej zmiany, zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić o zaistniałych zmianach Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie.

Data .....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Pouczenie:** Nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

#### Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

E 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

F 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELEŃNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<p style="text-align: center;">Uzyskany tytuł zawodowy</p> <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana</span> <input type="checkbox"/> licencjat <span style="float: right;">magister <input type="checkbox"/></span>			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	