

**WNIOSEK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO
OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RADOMIU**

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:																			
Nr PESEL:	<table border="1"> <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 border="1"> <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:	Miejscowość:	Kraj:																		
Obywatelstwo/a:																				

Dane teleadresowe:

Adres miejsca zamieszkania:					
Miejscowość:					
Województwo:		Powiat:		Gmina:	
Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Poczta:	
Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ☐)					
Miejscowość:					
Województwo:		Powiat:		Gmina:	
Kod pocztowy:	Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:	Poczta:	

Dane kontaktowe:

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 ☐ położna										
Nazwa ukończonej szkoły:											
Miejscowość szkoły:											
Numer dyplomu/świadectwa:											
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:											

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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejsce, data Podpis

Załączniki:

- ☐ kopia decyzji Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 17 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
- ☐ kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.
 - rozdzielczość: minimum 492x633 piksele
 - rozmiar: do 2.5 MB
 - rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png
 - proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)
 - kompozycja: twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło

Na potrzeby wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych:

- ☐ kopia dyplomu/duplikatu dyplomu spełniającego warunki, określone w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;

***W przypadku obywateli Ukrainy, którzy przekroczyli granicę Ukrainy z Polską od dnia 24 lutego 2022 r., nie posiadających oryginału dyplomu – kopia dyplomu (dobrej jakości odwzorowanie dokumentu) wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego**

(zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 167 ze zm.) za obywatela Ukrainy uważa się także nieposiadającego obywatelstwa ukraińskiego małżonka obywatela Ukrainy, o ile przybył on na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa i nie jest obywatelem polskim ani obywatelem innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej);

- ☐ dokument tożsamości do wglądu.