

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO OSOBIE, BĘDĄCEJ  
OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO  
REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ  
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RADOMIU**

**Dane osobowe:**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>                                |                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nr PESEL:</b>                                                                  | <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> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b> | <b>Nazwa dokumentu:</b>                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | <b>Numer dokumentu:</b>                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | <b>Kraj wydania:</b>                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Podstawowe dane:**

|                                     |                                                                                                                                                                                                           |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko:</b>                    |                                                                                                                                                                                                           |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>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 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> |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                                           |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce urodzenia:</b>           | <b>Miejscowość:</b>                                                                                                                                                                                       | <b>Kraj</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Obywatelstwo/a:</b>              |                                                                                                                                                                                                           |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane teleadresowe:**

|                                    |               |                 |                   |                |  |
|------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------|----------------|--|
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b> |               |                 |                   |                |  |
| <b>Miejscowość:</b>                |               |                 |                   |                |  |
| <b>Województwo:</b>                |               | <b>Powiat:</b>  |                   | <b>Gmina:</b>  |  |
| <b>Kod pocztowy:</b>               | <b>Ulica:</b> | <b>Nr domu:</b> | <b>Nr lokalu:</b> | <b>Poczta:</b> |  |

|                                                                                                                  |        |         |          |            |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------|------------|---------|
| <b>Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -&gt; <input type="checkbox"/>)</b> |        |         |          |            |         |
| Miejscowość:                                                                                                     |        |         |          |            |         |
| Województwo:                                                                                                     |        | Powiat: |          | Gmina:     |         |
| Kod pocztowy:                                                                                                    | Ulica: |         | Nr domu: | Nr lokalu: | Poczta: |

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| <b>Dane kontaktowe:</b> |         |
| 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 przysyłanie 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 przysyłanie 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:**

|                                                             |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu: |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa ukończonej szkoły:                                    |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Uzyskany tytuł zawodowy:                                    | <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> 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><td></td><td></td></tr></table>                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                             |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejscowość wydania dyplomu:                                |                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

---

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej 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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

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.).**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

**Załączniki**

1. kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
3. zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego;
4. zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
5. kolorowe zdjęcie poprzez stronę [zdjecia.nipip.pl](http://zdjecia.nipip.pl) lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne 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 skierowania w stronę obiektywu, białe tło
6. dokument tożsamości do wglądu.