

WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Część A – wypełnia osoba:

- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zostało zagubione albo zniszczone albo skradzione,
- której w poprzednio obowiązującym zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu w wyniku wielokrotności wpisów adnotacji urzędowych brakuje miejsca na kolejne wpisy,
- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zawiera oczywiste omyłki pisarskie,
- której dane na wydanym prawie wykonywania zawodu uległy zmianie (np. zmiana nazwiska).

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer prawa wykonywania zawodu:	
Numer PESEL:	

Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu z powodu:

- ☐ zagubienia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ kradzieży zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ zniszczenia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ braku miejsca na wpis w zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu
- ☐ omyłki pisarskiej w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu albo w prawie wykonywania zawodu
- ☐ zmiany danych na prawie wykonywania zawodu

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy.....

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

Zobowiązuję się zwrócić

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/Prawo wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) dokument tożsamości do wglądu;
- 2) arkusz aktualizacyjny
- 3) kolorowe zdjęcie poprzez stronę 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

WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Część B – wypełnia osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu wydane na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów przez urząd wojewódzki lub okręgową radę

**Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu oraz o wpis do
okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez**

.....
(nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:																			
Nr PESEL:	<table><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><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:	Gmina, Województwo \ Kraj																		
Obywatelstwo/a:																				
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	☐ Uregulowany ☐ Nieuregulowany																			

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:	Pocztą:

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 ☐ pielęgniarka dyplomowana ☐ położna dyplomowana ☐ licencjat pielęgniarstwa ☐ licencjat położnictwa ☐ magister pielęgniarstwa ☐ magister położnictwa
Nazwa ukończonej szkoły:	
Miejscowość szkoły:	
Numer dyplomu/świadectwa:	
Data wydania dyplomu:	
Rok ukończenia szkoły:	
Miejscowość wydania dyplomu:	

Dane zawodowe:

Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu	Numerы poprzednich zaświadczeń
	Organ wydający
	Data wydania
Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie:	Kraj zagranicznego prawa
	Numer zagranicznego dokumentu
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:	

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy.....

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 ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły

pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);

- 2) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
- 3) arkusz aktualizacyjny;
- 4) kolorowe zdjęcie poprzez stronę 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
- 5) dokument tożsamości do wglądu