**WNIOSEK O PRZYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

**OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BYDGOSZCZY**

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |
| --- |
| Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: |
| Nr PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 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): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 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: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |
| 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 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

**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 dokonanym 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 dokonanym przez tłumacza przysięgłego**

(zgodnie z ustawąz 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.