

**WNIOSEK DO MAŁOPOLSKIEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH  
W KRAKOWIE O ZALICZENIE CAŁOŚCI LUB CZĘŚCI OKRESU PRZESZKOLENIA  
PIELEŃNIARKI LUB POŁOŻNEJ, KTÓRA NIE WYKONYWAŁA ZAWODU ŁĄCZNIE PRZEZ  
OKRES DŁUŻSZY NIŻ 5 LAT W OKRESIE OSTATNICH 6 LAT A WYKONYWAŁA ZAWÓD  
W TRYBIE ART. 26B UST. 1 USTAWY O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ  
W RAMACH ZADAŃ REALIZOWANYCH PRZEZ PODMIOTY LECZNICZE W ZWIĄZKU  
Z ZAKAŻENIAMI WIRUSEM SARS-COV-2**

Imię i nazwisko pielęgniarki/położnej\*

.....

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej

.....

.....

.....

Przerwa w wykonywania zawodu

.....

Oświadczam, że w terminie od ..... do .....,  
wykonywałam/em zawód w trybie art. 26b ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w ramach  
zadań realizowanych przez podmioty lecznicze w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-w

.....

/nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym pielęgniarka, położna wykonywała zawód w trybie art.  
26b ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej/

Zwracam się z prośbą o zaliczenie całości lub części\* okresu przeszkolenia.

.....

/miejsowość, data/

.....

/podpis pielęgniarki, położnej\* /

Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki/położnej w trybie art. 26b ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wydane na formularzu.
2. Potwierdzenie **uprzedniego** zawiadomienia MOiPiP w Krakowie o zamiarze wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej w trybie art. 26 b ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

\*Niepotrzebne skreślić

.....  
pieczęć podmiotu leczniczego

## ZAŚWIADCZENIE

**Zaświadcza się**, że Pani/ Pan (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu)

.....  
.....

w terminie od ..... do .....,

wykonywała zawód w trybie art. 26b ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w ramach zadań realizowanych przez podmioty lecznicze w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć kierownika podmiotu leczniczego