

1	7	1	2												
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr rejestru

Wniosek o wpis do rejestru Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie

pielęgniarka pielęgniarz położna położny

A. Dane osobowe

1. Imiona
- Nazwisko
2. Nazwisko rodowe
3. Imiona rodziców
4. Miejsce urodzenia
(kraj) (województwo) (powiat) (miejsowość)
5. Data urodzenia - -
rok miesiąc dzień
6. Numer ewidencyjny PESEL
7. Seria i numer dowodu osobistego
8. Obywatelstwo (obywatelstwa)
9. Adres zameldowania: kod poczt. -
(pocztą) (powiat)
..... ul. tel.
miejsowość (nr domu) (nr lok.)
10. Adres do korespondencji: kod poczt. -
(pocztą) (powiat)
..... ul. tel. domowy
miejsowość (nr domu) (nr lok.)

B. Dane zawodowe

Nazwa szkoły:

Dyplom nr data wydania miejscowość

Rok ukończenia szkoły

11. Tytuł zawodowy:

 Magister pielęgniarstwa Licencjat pielęgniarstwa Pielęgniarka Pielęgniarz Magister położnictwa Licencjat położnictwa Położna Położny

Inny posiadany tytuł zawodowy:

 Magister Licencjat

Nazwa i rodzaj ukończonej szkoły wyższej:

Nr dyplomu i data wydania

12. Informacja o posiadaniu Prawa Wykonywania Zawodu w innym państwie:

Nazwa państwa

Numer prawa wykonywania zawodu

Data wydania prawa wykonywania zawodu

na czas ograniczony/nieograniczony (*niepotrzebne skreślić*)

ograniczony od dnia do dnia

Organ wydający zezwolenie Prawo Wykonywania Zawodu

.....

13. Informacje o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu:

podstawa prawna: uchwała Okręgowej Rady/Prezydium Okręgowej Rady Nr

od dnia do dnia

orzeczenie lekarskie od dnia do dnia

14. Data rozpoczęcia stażu podyplomowego

miejsce rozpoczęcia stażu

(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

15. Data ukończenia stażu podyplomowego

miejsce zakończenia stażu

(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

16. Przebieg pracy zawodowej:

Lp.	PEŁNA NAZWA PRACODAWCY	Okres zatrudnienia								Stanowisko	
		od									
1.		od					-		-		
		do					-		-		
2.		od					-		-		
		do					-		-		
3.		od					-		-		
		do					-		-		
4.		od					-		-		
		do					-		-		
5.		od					-		-		
		do					-		-		
6.		od					-		-		
		do					-		-		
7.		od					-		-		
		do					-		-		

17. Znajomość języków obcych

1. Język: _____

2. Stopień znajomości (bierna, czynna) _____

18. Indywidualna, indywidualna specjalistyczna, grupowa praktyka pielęgniarek/położnych:

Lp.	Nazwa praktyki	Adres praktyki	Nr wpisu do rejestru	Data rozpoczęcia działalności
1.				
2.				

19. Kształcenia podyplomowe (*Data i rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego, nazwa organizatora, oraz w przypadku szkolenia specjalizacyjnego numer dyplomu, oraz datę jego wystawienia*):

Lp.	SPECJALIZACJA	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					

Lp.	Kurs kwalifikacyjny	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					
3.					

Lp.	Kurs specjalistyczny/dokształcający	Data ukończenia	Nazwa organizatora wydającego zaświadczenie	Nr dyplomu	Data wystawienia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

20. Uzyskany stopień naukowy data uzyskaniaNadany przez
(organ nadający tytuł)**21. Uzyskany tytuł naukowy** data uzyskaniaNadany przez
(organ nadający tytuł)

22. Zaprzestanie wykonywania zawodu

				-			-		
rok					miesiąc			dzień	

23. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu

				-			-		
rok					miesiąc			dzień	

24. Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu

				-			-		
rok					miesiąc			dzień	

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust 2 pkt 1-5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu,
- sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską (nie dotyczy osób: zarejestrowanych jako bezrobotne, przebywających na urloпах wychowawczych, pobierających zasiłek rehabilitacyjny, niewykonyjących zawodu od daty złożenia wniosku o zaprzestanie wykonywania zawodu lub wniosku o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu),
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuję się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od daty ich powstania.

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data)

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz 1435, ze zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie.
3. Adres siedziby administratora: ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.

25. Załączniki

1. Oryginał Prawa Wykonywania Zawodu z dokonaniem wpisem o skreśleniu z poprzedniej Izby Pielęgniarskiej.
2. Ksero dyplomu ukończenia szkoły.
3. Świadczenia pracy potwierdzające staż pracy w zawodzie.
4. Zaświadczenie o aktualnym zatrudnieniu w zawodzie.