WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA
W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA

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

Oświadczam że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

Seria …….…. Nr .....

Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....,

zostało:

☐ zagubione ☐ skradzione ☐ zniszczone

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 2018 r. poz. 123 ze zm.).

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Zobowiązuję się zwrócić Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w …….. pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Załączniki:

1) dokument tożsamości do wglądu;
2) arkusz aktualizacyjny.
3) Fotografia w postaci cyfrowej zgodna z warunkami określonymi w ustawie o dowodach osobistych o następujących parametrach:
   - **Rozdzielczość:** minimum 492x633 piksele,
   - **Rozmiar:** do 2,5 MB,
   - **Rozszerzenie:** .jpg, .jpeg, .png,
   - **Kompozycja:** twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło.