

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

**MAŁOPOLSKĄ OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KRAKOWIE**

(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko i imię (imiona):</b>  |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko rodowe:</b>   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Płeć:</b>  | <input type="checkbox"/> Kobieta  | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię ojca:</b>   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię matki:</b>  |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>   | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce urodzenia:</b>   | Miejscowość:  | Kraj:                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nr PESEL:</b>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>W przypadku braku numeru PESEL<br/>cechy dokumentu<br/>potwierdzającego tożsamość:</b> | Nazwa dokumentu:  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Numer dokumentu:  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Kraj wydania:   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Obywatelstwo/a:</b>  |   |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane kontaktowe:**

|                                    |                     |                   |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b> |                     |                   |
| <b>Województwo:</b>                | <b>Powiat:</b>      | <b>Gmina:</b>     |
|                                    |                     |                   |
| <b>Ulica:</b>                      | <b>Nr domu:</b>     | <b>Nr lokalu:</b> |
|                                    |                     |                   |
| <b>Kod pocztowy:</b>               | <b>Miejscowość:</b> |                   |
|                                    |                     |                   |

## Dane do korespondencji:

|               |                |            |
|---------------|----------------|------------|
| Województwo:  | Powiat:        | Gmina:     |
| Ulica:        | Nr domu:       | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość:   | Kraj:      |
| Adres e-mail  | Numer telefonu |            |

## Dane o wykształceniu:

|                              |                                       |                                  |
|------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Uzyskany tytuł zawodowy:     | <input type="checkbox"/> pielęgniarka | <input type="checkbox"/> położna |
| Nazwa ukończonej szkoły:     |                                       |                                  |
| Numer dyplomu/świadectwa:    |                                       |                                  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |                                       |                                  |
| Data wydania dyplomu:        | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _           |                                  |
| Rok ukończenia szkoły:       | _ _ _ _ _                             |                                  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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 2020 r. poz. 344) 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 2020 r. poz. 344) 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.

**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 2021 r. poz. 479).**

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;
- 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.

**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 dokonany przez tłumacza przysięgłego (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPIP) - oryginał do wglądu;
- dokument tożsamości do wglądu.