Załącznik nr 1 do uchwały Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
nr 212/VI/2014 z dnia 17 września 2014 r.

WNIOSEK

do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
o nadanie dostępu do Serwisu ibuk.pl

Nazwisko i imię: .....

Nr pwz | | | | | | | | |

Nr PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres email[*1]: ……

Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy / aktualizacyjny danych osobowych w rejestrze pielęgniarek, rejestrze położnych.
2. Zaświadczenie o opłacaniu składek za ostatnie 3 lata.

Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

2. Adres siedziby administratora danych: 38-400 Krosno ul. Bieszczadzka 5

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu Ibuk.pl.
Oświadczam, iż będą korzystała \ korzystał z Serwisu Ibuk.pl zgodnie z regulaminem zamieszczonym na stronie pod adresem www.ibuk.pl. W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

Miejscowość, data ..... Podpis .....

*[1] Na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie ibuk.pl

Załącznik nr 5

ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY*
DANYCH OSOBOWYCH
W REJESTRZE PIELĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH*
PROWADZONYM PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

CZEŚĆ 1[1]

DANE OSOBOWE				
Nazwisko		**Imiona**		
PESEL				
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość[2]		**Kraj wydania dokumentu**		
Data urodzenia	- -	**Miejsce urodzenia**	**Miejscowość**	
Numer pwz[3]			**Gmina**	
			Województwo	

CZEŚĆ 2[4]

A. Zmiana ☐ **Bez zmian** ☐

Imię drugie		**Nazwisko poprzednie**	
Nazwisko rodowe		**Płeć**	
Imię ojca		**Imię matki**	
Posiadane obywatelstwa		**NIP (jeżeli został nadany)**	
		Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	Nie dotyczy
			Uregulowany
			Nieuregulowany

B. Zmiana ☐ **Bez zmian** ☐

DANE TELEADRESOWE			
Adres zameldowania			
Ulica		**Numer**	
Kod	-	**Miejscowość**	
Gmina		**Powiat**	
Województwo		**Kraj**	
Poczta			
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)			
Ulica		**Numer**	
Kod	-	**Miejscowość**	
Gmina		**Powiat**	
Województwo		**Kraj**	
Poczta			
DANE KONTAKTOWE			
Telefon		**Telefon kom.**	
Adres e-mail			

---

* Niepotrzebne skreślić
[1] Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego
[2] Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL
[3] W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu
[4] Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

C. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	☐☐-☐☐☐	Poczta	
Data rozpoczęcia	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	Data zakończenia	☐☐-☐☐-☐☐☐☐

E. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O ZATRUDNIENIU						
Stanowisko						
Data zatrudnienia, od:			do:			
Nazwa firmy pełna:						
Typ zakładu	☐	Publiczny	☐	Niepubliczny	☐	Inny
Numer telefonu			Fax			
NIP			Regon			
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)						
ul. / nr / nr lokalu						
Miejscowość			Województwo			
kod pocztowy	☐☐-☐☐☐		Poczta			

DANE O ZATRUDNIENIU						
Stanowisko						
Data zatrudnienia, od:			do:			
Nazwa firmy pełna:						
Typ zakładu	☐	Publiczny	☐	Niepubliczny	☐	Inny
Numer telefonu			Fax			
NIP			Regon			
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)						
ul. / nr / nr lokalu						
Miejscowość			Województwo			
kod pocztowy	☐☐-☐☐☐		Poczta			

F. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy ☐ pielęgniarka / położna ☐ pielęgniarka / położna dyplomowana ☐ licencjat ☐ magister			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	☐☐-☐☐☐	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	☐☐-☐☐-☐☐☐☐		
Numer dyplomu		Data wystawienia	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	☐☐-☐☐-☐☐☐☐		
Numer dyplomu		Data wystawienia	☐☐-☐☐-☐☐☐☐

H. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O KURSACH		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Organizator:		
Zakres / uwagi:		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Organizator:		
Zakres / uwagi:		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Organizator:		
Zakres / uwagi:		

I. Zmiana ☐ **Bez zmian** ☐

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Nazwa organu nadającego stopień:

J. Zmiana ☐ **Bez zmian** ☐

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐
Nazwa organu nadającego tytuł:

K. **Zmiana** ☐ **Bez zmian** ☐

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU			
Data rozpoczęcia:	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	**Data zakończenia:**	☐☐-☐☐-☐☐☐☐

L. **Zmiana** ☐ **Bez zmian** ☐

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU			
Data rozpoczęcia:	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	**Data zakończenia:**	☐☐-☐☐-☐☐☐☐

M. **Zmiana** ☐ **Bez zmian** ☐

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ			
Data uzyskania wpisu	☐☐-☐☐-☐☐☐☐	**Numer księgi**	

Informacja o administratorze danych

3. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 48. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039)
4. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w ……
5. Adres siedziby administratora danych .....

Jednocześnie 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 178 poz. 1038), **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,
- aktualizować dane osobowe zawarte w rejestrze pielęgniarek / rejestrze położnych,
- z chwilą podjęcia pracy zawodowej lub innej zmiany, zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić o zaistniałych zmianach Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....

Data ....

Podpis wnioskodawcy

<u>Pouczenie:</u> Nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytym stażu podyplomowym - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O ZATRUDNIENIU						
Stanowisko						
Data zatrudnienia, od:			**do:**			
Nazwa firmy pełna:						
Typ zakładu	☐	**Publiczny**	☐	**Niepubliczny**	☐	**Inny**
Numer telefonu			**Fax**			
NIP			**Regon**			
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)						
ul. / nr / nr lokalu						
Miejscowość			**Województwo**			
kod pocztowy	☐☐ - ☐☐☐		**Poczta**			

E 2. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O ZATRUDNIENIU						
Stanowisko						
Data zatrudnienia, od:			**do:**			
Nazwa firmy pełna:						
Typ zakładu	☐	**Publiczny**	☐	**Niepubliczny**	☐	**Inny**
Numer telefonu			**Fax**			
NIP			**Regon**			
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)						
ul. / nr / nr lokalu						
Miejscowość			**Województwo**			
kod pocztowy	☐☐ - ☐☐☐		**Poczta**			

F 2. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy ☐ **pielęgniarka / położna** ☐ **pielęgniarka / położna dyplomowana** ☐ **licencjat** ☐ **magister**			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		**Województwo**	
kod pocztowy	☐☐ - ☐☐☐	**Poczta**	
Kraj		**Rok ukończenia szkoły**	
Numer dyplomu		**Data wydania dyplomu**	
Miejsce ukończenia szkoły		**Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)**	

F 2. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy ☐ pielęgniarka / położna ☐ pielęgniarka / położna dyplomowana ☐ licencjat ☐ magister			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	☐☐-☐☐☐	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy ☐ pielęgniarka / położna ☐ pielęgniarka / położna dyplomowana ☐ licencjat ☐ magister			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	☐☐-☐☐☐	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. Zmiana ☐ Bez zmian ☐

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	