

Uchwałą.....z dnia.....

1 Nr rejestru

2 Data wydania

3.Nr zaświadczenia

4 Seria i numer dokumentu

WNIOSEK

O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELEŃNIARKI / POŁOŻNEJ¹
OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII
EUROPEJSKIEJ² ORAZ WPISANIE DO OKRĘGOWEGO REJESTRU

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Nazwisko i imię (imiona):

Nazwisko rodowe:

Imiona rodziców:

Data urodzenia: **Obywatelstwo/a:**

Miejsce urodzenia: **Kraj urodzenia:**

Nr PESEL:

(w przypadku nie posiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Numer, miejsce i data wydania dyplomu / świadectwa:

.....

Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:

.....

Oświadczam, iż posiadam obywatelstwo/a:

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

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 2016 r., poz. 1251)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
3. Adres siedziby administratora danych: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5

Miejscowość, data Podpis

Załączniki

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
4. Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego.
5. Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
6. Dwa zdjęcia o wymiarach 40 x 50 mm.

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Dotyczy również państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegia, Islandia, Lichtenstein) oraz Szwajcarii

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr
- uchwały nr z dnia

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 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 zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych).
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data

Podpis

Pouczenie: Nieopłacone 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 ze zm.).