

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 319/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie zmiany uchwały nr 199/VII/2016 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara lub położnej/położnego potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, a także wzoru zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej

### WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniara lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

|   |   |
|---|---|
| <b>Nazwisko i imię (imiona):</b>                        |   |
| <b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>                  | <input type="text"/>  |
| <b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>                         | <input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana <input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana<br><input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa<br><input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> magister położnictwa |
| <b>Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód:</b> |   |

#### Przebieg pracy zawodowej

| Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do... | Wykonywany zawód pielęgniarka, położna, pielęgniarz, położny | Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres |
|--|--|---|
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |   |

Miejscowość, data ..... Podpis .....

**Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniara, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w Gorzowie Wielkopolskim.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

#### Załącznik:

Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.