**WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

**Część A –** wypełnia osoba:

-której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zostało zagubione albo zniszczone albo skradzione,

-której w poprzednio obowiązującym zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu w wyniku wielokrotności wpisów adnotacji urzędowych brakuje miejsca na kolejne wpisy,

- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zawiera oczywiste omyłki pisarskie,

- której dane na wydanym prawie wykonywania zawodu uległy zmianie (np. zmiana nazwiska).

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

**Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu z powodu:**

zagubienia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu

kradzieży zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu

zniszczenia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu

braku miejsca na wpis w zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu

omyłki pisarskiej w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu albo w prawie wykonywania zawodu

zmiany danych na prawie wykonywania zawodu

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 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Zobowiązuję się zwrócić**

………………………………………………………………………………………….

(pełna nazwa okręgowej rady)

**pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/Prawo wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. dokument tożsamości do wglądu;
2. arkusz aktualizacyjny
3. kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.

- rozdzielczość: minimum 492x633 piksele

- rozmiar: do 2.5 MB

- rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png

- proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)

- kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło

**WNIOSEK O WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

**Część B –** wypełnia osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu wydane na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów przez urząd wojewódzki lub okręgową radę

**Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu oraz o wpis do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez**

………………………………………………………………………………………….

( nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | |
| Nr PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | **Nazwa dokumentu:** |
| **Numer dokumentu:** |
| **Kraj wydania:** |

**Podstawowe dane:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko: |  | |
| Imię (imiona): |  | |
| Nazwisko rodowe: |  | |
| Nazwisko poprzednie: |  | |
| Płeć: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Kobieta |  | Mężczyzna | |  |  | |  |  | | |
| Imię ojca: |  | |
| Imię matki: |  | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Miejsce urodzenia: | **Miejscowość:** | **Gmina, Województwo\ Kraj** |
| Obywatelstwo/a: |  | |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Uregulowany |  | Nieuregulowany | |  |  | |  |  | | |

**Dane teleadresowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres miejsca zamieszkania: | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |
| Adres korespondencyjny:(jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ) | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | |
| Województwo: | | **Powiat:** | | **Gmina:** | | |
| Kod pocztowy: | **Ulica:** | | **Nr domu:** | | **Nr lokalu:** | **Poczta:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane kontaktowe: | |
| Telefon: | **E-mail:** |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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.

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka |  | położna | |  |  | |  |  | |  | pielęgniarka dyplomowana |  | położna dyplomowana | |  |  | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  |  |  | |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Miejscowość szkoły: |  |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Data wydania dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Rok ukończenia szkoły: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |

**Dane zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu | Numery poprzednich zaświadczeń |
| Organ wydający |
| Data wydania |
| Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie: | Kraj zagranicznego prawa |
| Numer zagranicznego dokumentu |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu: |  |

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 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

Miejscowość, data ...................................... Podpis

**Załączniki:**

1. kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
3. arkusz aktualizacyjny;
4. kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.

- rozdzielczość: minimum 492x633 piksele

- rozmiar: do 2.5 MB

- rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png

- proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)

- kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło

1. dokument tożsamości do wglądu