Załącznik Nr 14 do Uchwały Nr 220/VIII/25 z dnia 2 kwietnia 2025r.

Prezydium Rady SIPiP

**WNIOSEK O**

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

**SZCZECIŃSKĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**Dane osobowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  | |
| Nazwisko rodowe: |  | |
| Nazwisko poprzednie: |  | |
| Płeć: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Kobieta |  | Mężczyzna | |  |  | |  |  | | |
| Imię ojca: |  | |
| Imię matki: |  | |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Miejsce urodzenia: | Miejscowość: | Kraj: |
| Nr PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: | |
| Numer dokumentu: | |
| Kraj wydania: | |
| Obywatelstwo/a: |  | |

**Dane kontaktowe:**

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

**Dane do korespondencji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka |  | położna | |  |  | |  |  | | |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  | |
| Adres szkoły: | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  | |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  | |
| Data wydania dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Rok ukończenia szkoły: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | |

**Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** **oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Miejsce, data ...................................... Podpis

**Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam/em karana/y za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 35a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

Miejsce, data ...................................... Podpis

**Oświadczam, iż posiadam znajomość języka polskiego niezbędną do wykonywania powierzonego zakresu czynności zawodowych pielęgniarki lub położnej.**

Miejsce, data ...................................... Podpis

**Na** podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE **(„Rozporządzenie”)**, informujemy, że:

**1. Współadministratorzy danych**

Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:

1. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych, adres : ul. Kusocińskiego 16LU1, 70-237 Szczecin, NIP: 852-11-32-843,REGON:810026946,tel.91 4329861, e-mail: [sipip@sipip.szczecin.pl](mailto:sipip@sipip.szczecin.pl) („SIPiP” ).
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Pory 78 lok. 10 02-757 Warszawa, NIP: 526-10-32-094 REGON: 010001339, tel. 22 327 61 61 („NIPiP”).

**2. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne**

Dane osobowe będą przetwarzane przez SIPiP oraz NIPIP w następujących celach:

1. komunikacji z członkiem samorządu pielęgniarek i położnych (e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji), wysyłania newsletter-a NIPiP oraz biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia,
2. do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na SIPiP oraz NIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania SIPiP, w szczególności: stwierdzeniu/przyznaniu dla Pani/Pana prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu przez SRPiP rejestru pielęgniarek i rejestru położnych, prowadzeniu przez NRPiP Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, wydawaniu zaświadczeń, prowadzeniu postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia,
3. organizacji krajowych i okręgowych zjazdów pielęgniarek i położnych, naczelnych i okręgowych rad, posiedzeń komisji/zespołów roboczych działających przy NRPiP, komisji/zespołów/rad powołanych przez organy administracji publicznej, Rady programowej Magazynu Pielęgniarki i Położnej, przyznawania odznaczeń na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia
4. do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia.

**3. Udostępnienie danych osobowych**

Pani/Pana dane mogą być udostępniane przez SIPiP oraz NIPiP podmiotom i organom, którym SIPiP oraz NIPiP są zobowiązane lub upoważnione udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od SIPiP i NIPiP danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa m.in.:

1. Władzom, organom lub organizacjom państwa członkowskiego Unii Europejskiej informacje niezbędne do uznania kwalifikacji oraz do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej.
2. Do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
3. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych udostępnia informacje, o których mowa w art. 24 oraz art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)   
   w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).
4. Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Kancelarii Sejmu RP, Kancelarii Senatu RP, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz podmiotom realizującym usługi hotelarskie/konferencyjne.
5. Podmiotom które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora SIPIP lub NIPIP.

**4. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego**

Pani/Pana danych nie przekazujemy poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

**5. Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

1. 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.
2. w przypadku adresu e-mail, numeru telefonu do 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu bądź wcześniej w przypadku cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz numeru telefonu.

**6. Przysługujące prawa**

W związku z przetwarzaniem przez SIPiP Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu, na zasadach i w przypadkach określonych w Rozporządzeniu prawo do:

1. dostępu do danych osobowych,
2. sprostowania danych osobowych,
3. usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), co w przypadku adresu e-mail i numeru telefonu nie podlega ograniczeniom,
4. ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
5. przenoszenia danych,
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
7. cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz telefonów dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

**7. Wymóg podania danych**

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do realizacji zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania SIPiP, w szczególności do:

1. stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza/ /położnej/położnego, ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
2. dokonania wpisu i aktualizacji danych w okręgowym rejestrze pielęgniarek/położnych.
3. wydawanie zaświadczeń,
4. przyjmowania oświadczeń od Pani/Pana,
5. prowadzenie postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku numeru telefonu i adresu e-mail podanie tych danych jest dobrowolne i nie wpływa na wykonanie pozostałych celów przetwarzania. Niepodanie jednak tych danych, skutkuje niemożliwością kontaktowania się z Panem/Panią, wysyłania do Pani/Pana newsletter-a NIPIP ani biuletynów i innych informacji i materiałów przesyłanych przez Szczecińską Izbę Pielęgniarek i Położnych lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

**8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą profilowane.

**9. Inspektor Ochrony Danych\***

W NIPiP powołany został Inspektor Ochrony Danych. Adres: Inspektor Ochrony Danych, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa, adres e-mail: iod@nipip.pl. Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej NIPiP w zakładce „RODO”.

W SIPiP powołany został Inspektor Ochrony Danych. Adres: Inspektor Ochrony Danych, Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Kusocińskiego 16LU1, 70-237 Szczecin tel.91 4329861, e-mail: sipip@sipip.szczecin.pl . Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej SIPiP w zakładce „Ochrona danych” oraz w biurze Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych.

**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:**

1.decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 17 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej;

2. kopia dyplomu/duplikatu dyplomu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego;

3. orzeczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza upoważnionego na podstawie odrębnych przepisów do przeprowadzania badań lekarskich pracowników z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy,

4. dokument potwierdzający wykonywanie zawodu jako pielęgniarka lub położna przez okres co najmniej 3 lat w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku do MZ o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego (dokument ten składa się **tylko** w przypadku jego wcześniejszego złożenia do MZ);

5. dokument tożsamości do wglądu;

6. Zdjęcie **dowodowe** kolorowe o **wymiarach: szer: 35 mm,  wysokość: 45 mm – kompozycja: twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło, rozdzielczość: minimum 492x633 piksele, rozmiar: .jpg, .jpeg, .png. Dołączone do wniosku bądź przesłane przez stronę: zdjęcia.nipip.pl,**

7. Certyfikat państwowy potwierdzający znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w terminie do 1 maja 2026r., pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria …………………. Nr …………….…

pouczenia …………………………………… 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.).