

WNIOSEK
O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ ¹
I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SZCZECINIE

Pełne

Ograniczone

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania, telefon:

.....

Numer, miejsce i data wydania dyplomu:

.....

Uzyskany tytuł zawodowy:

Nazwa ukończonej szkoły:

.....

Oświadczam, iż posiadam obywatelstwo:

Oświadczam, iż znane mi są przepisy prawa dotyczące wykonywania zawodu
pielęgniarki, położnej.

Miejscowość, dataPodpis

W przypadku ograniczonego prawa wykonywania zawodu:

Oświadczam, iż zamierzam odbyć staż podyplomowy w:

.....

(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)

.....

(adres siedziby zakładu)

.....

(zakres odbywania stażu podyplomowego)

Miejscowość, data

Podpis

¹ Niepotrzebne skreślić, pielęgniarki - należy rozumieć również pielęgniarza, położnej - należy rozumieć również położnego

Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Odpis dyplomu - oryginał do wglądu.
3. Odpis suplementu – oryginał do wglądu.
4. Kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego – oryginał do wglądu (dotyczy absolwentów medycznych szkół zawodowych).
5. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód pielęgniarki/położnej.
6. Zdjęcie o wymiarach 28 x 30 mm
7. Kopia odpisu aktu małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) .
8. Oryginał starego prawa wykonywania zawodu.
9. Kopie zaświadczeń o ukończonych kursach – oryginał do wglądu.
10. Kopie wszystkich świadectw pracy w zawodzie pielęgniarki / położnej.
11. Zaświadczenie o obecnym zatrudnieniu wraz z informacją o opłacaniu składki członkowskiej z ostatnich 3 lat.
12. Kopia zaświadczenia potwierdzającego okres zarejestrowania w Urzędzie Pracy.

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej* o serii numerze

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis wnioskodawcy

* Niepotrzebne skreślić

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY
DANYCH OSOBOWYCH
W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH*
PROWADZONYM PRZEZ
SZCZECIŃSKĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SZCZECINIE**

CZEŚĆ 1

DANE OSOBOWE			
Nazwisko		Imię	
nr i seria dowodu osobistego lub paszportu		PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Data urodzenia	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Imię (drugie)	
Numer p wz		Miejsce urodzenia:	Miejscowość: Województwo:

CZEŚĆ 2

A.

Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie	
Imię ojca		Imię matki	
Płeć		NIP	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Obywatelstwo		Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
			<input type="checkbox"/> Uregulowany
			<input type="checkbox"/> Nieuregulowany

B. Zmiana

Dane teleadresowe			
Adres zameldowania			
Ulica		Numer	
Kod	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo		Kraj	
Poczta			
Adres korespondencyjny (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)			
Ulica		Numer	
Kod	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Miejscowość	
Gmina		Powiat	
Województwo		Kraj	
Poczta			
Dane kontaktowe			
Telefon		Telefon kom.	
Adres e-mail			

Dane zawodowe	
Izba macierzysta w	
Poprzednie numery zaświadczeń	
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa: Symbol zagranicznego dokumentu:

D.

Dane o stażu podyplomowym			
Nazwa firmy pełna			
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

E.

Dane o wykształceniu			
Nazwa szkoły		Typ szkoły	
Numer telefonu:		Fax	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Uzyskany tytuł zawodowy	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Rok ukończenia szkoły	
Inne tytuły zawodowe			

F.

Dane o zatrudnieniu			
Stanowisko		Oddział	
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

G.

Dane o specjalizacji	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	

H.

Dane o kursach		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	Dokształcający
DATA ROZPOCZĘCIA I UKOŃCZENIA:		
ORGANIZATOR:		
ZAKRES / UWAGI:		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	Dokształcający
DATA ROZPOCZĘCIA I UKOŃCZENIA:		
ORGANIZATOR:		
ZAKRES / UWAGI:		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	Dokształcający
DATA ROZPOCZĘCIA I UKOŃCZENIA:		
ORGANIZATOR:		
ZAKRES / UWAGI:		

I.

Uzyskany stopień naukowy:
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania:
Nazwa jednostki nadającej stopień naukowy:

J.

Uzyskany tytuł naukowy:
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania:
Nazwa jednostki nadającej tytuł naukowy:

K.

Znajomość języków obcych	
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)

Miejscowość, data

Podpis wnioskodawcy

Pouczenie

Zgodnie z art. 9 pkt 4 oraz art. 11d ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.)

- **regularne opłacanie składki członkowskiej jest obowiązkowe,**
- **nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji,**
- **pielęgniarka, położna wpisana do rejestru, jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Szczecińskiej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Adres siedziby administratora danych : 70-242 Szczecin, ul. Ks. Bogusława 30.