

WNIOSEK
O WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
SZCZECIŃSKIEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W SZCZECINIE

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

Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu.
3. Kserokopia dyplomu ukończonej szkoły – oryginał do wglądu.
4. Kopia odpisu aktu małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) .
5. Kopie zaświadczeń o ukończonych kursach – oryginał do wglądu.
6. Kopie wszystkich świadectw pracy w zawodzie pielęgniarki / położnej.

POTWIERDZENIE

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

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis wnioskodawcy

* Niepotrzebne skreślić

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"/> <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"/> <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"/> <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 ściąganiu 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.