

Załącznik nr 14 do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

Oświadczenie pielęgniarki/położnej/pielęgniarsza/położnego obywatela Państwa członkowskiego Unii Europejskiej o zamiarze tymczasowego lub okazjonalnego wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/pielęgniarsza/położnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):																							
Nazwisko rodowe:																							
Nazwisko poprzednie:																							
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:																				
Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																						
	Numer dokumentu:																						
	Kraj wydania:																						
Obywatelstwo/a:																							

Adres miejsca zamieszkania w państwie, w którym na stałe wykonywany jest zawód pielęgniarki lub położnej:

Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:

Adres pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej:

Numer zaświadczenia:	
Data wydania zaświadczenia	
Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie:	
Kraj wydania:	

Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej:

Numer zaświadczenia:	
Data wydania zaświadczenia	
Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie:	
Kraj wydania:	

Dane identyfikacyjne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej:

Numer polisy/dokumentu:	
Podmiot, który wydał polisę/dokument	
Data ważności od:	
Data ważności do:	

Oświadczam, że posiadam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej dotyczącą wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub posiadam inny dokument potwierdzający indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej, jak wskazane zostało wyżej.

Miejscowość, data Podpis

Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

Miejscowość, data Podpis

Dane dotyczące zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu.

Miejsce zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Charakter zamierzonego okazjonalnego lub czasowego wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych):		
Okres zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu, o ile jego określenie jest możliwe:		

Miejscowość, data Podpis

**INFORMACJE DLA CZŁONKÓW OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) (zwanego dalej „RODO”) informuję, iż:

- 1) **Administrator Danych:** Administratorem danych osobowych członków jest **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (zwana dalej OIPiP) z siedzibą w Koninie przy ul. Spółdzielców 3, 62-504 Konin (III piętro pokój 317).**
Członkowie mogą się z nim skontaktować drogą elektroniczną na adres e-mail oipip@konin.home.pl, telefonicznie pod numerem tel. (0-63) 244-44-50 lub tradycyjną pocztą na adres wskazany powyżej.
- 2) **Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:** dane osobowe członków będą przetwarzane w celu organizacji i zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz praw i obowiązków jej członków na podstawie ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (tekst jed. Z dnia 13 kwietnia 2018r. poz. 916).
- 3) **Informacje o kategoriach odbiorców danych osobowych:**
Dane osobowe członków mogą być udostępniane, jeśli będzie to konieczne do wykonywania ustawowych zadań OIPiP w Koninie.
Będziemy przekazywać dane wyłącznie na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2017 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (tekst jed. Dz.U. 2018, poz. 123;650): podmiotom

przetwarzającym, którym zlecimy przetwarzanie danych członków są np. placówki medyczne.

Dane osobowe członków nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

4) **Okres, przez który dane będą przechowywane:**

Dane osobowe członków będą przechowywane:

- w celach archiwalnych, naukowych, statystycznych- - na podstawie art. 9 ust. 2 lit.

j) RODO;

- w celach związanych z ustaleniem, dochodzeniem lub obroną roszczeń - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. f) RODO

- w celach związanych z prowadzeniem ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

5) **Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane:**

Członkowie mają prawo żądania do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia lub sprzeciwu przetwarzania danych.

6) **Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Członkowie mają prawo wniesienia sprzeciwu do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych wobec przetwarzania.

7) **Obowiązek podania danych;**

Podanie przez członków danych osobowych jest wymogiem ustawowym ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U.z 2019 r. poz. 576) i jest niezbędne w celu organizacji, zadań oraz praw samorządu zawodowego.

8) **Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:**

Członkowie nie będą podlegać decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka), dane nie będą również wykorzystywane do profilowania.

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 (Dz. U. 2019. Poz. 123 z póź. 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 (Dz. U. 2019. Poz. 123 z póź. zm.) na podany adres e-mail **w celu otrzymywania informacji i materiałów przesyłanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Koninie 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.

* postawienie znaku X w okienku oznacza wyrażenie zgody;
postawienie okienka bez oznaczenia oznacza brak wyrażonej zgody

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych dla członków OIPiP w Koninie;
- obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576).

Miejscowość, data Podpis

Pouczenie:

W przypadku istotnej zmiany okoliczności potwierdzonych zaświadczeniami lub dokumentami ponownie przedstawia się je okręgowej izbie pielęgniarstwa i położnych.

Załączniki:

1. dokument potwierdzający obywatelstwo – do wglądu;

2. zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że zgodnie z prawem wykonuje zawód pielęgniarstwa lub położnej w tym państwie oraz że w momencie wydania zaświadczenia nie obowiązuje jej ograniczenie wykonywania zawodu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo zakaz wykonywania zawodu oraz nie toczy się przeciwko niej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;

3. zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że posiada jeden z dyplomów, świadectw lub innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej, lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej.