

ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY*
DANYCH OSOBOWYCH W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH*
PROWADZONYM PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KONINIE

CZEŚĆ 1¹

DANE OSOBOWE																						
Nazwisko		Imiona																				
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																					
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ²			Kraj wydania dokumentu																			
Data urodzenia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																			Miejsce urodzenia	Miejscowość	
Numer p wz ³	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																			Gmina		
					Województwo																	

CZEŚĆ 2⁴

A. Zmiana **Bez zmian**

Imię drugie		Nazwisko poprzednie																			
Nazwisko rodowe			Płeć																		
Imię ojca			Imię matki																		
Posiadane obywatelstwa			NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																	
			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 **Bez zmian**

DANE TELEADRESOWE																					
Adres zameldowania																					
Ulica		Numer																			
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Miejscowość		
Gmina			Powiat																		
Województwo			Kraj																		
Poczta																					
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)																					
Ulica			Numer																		
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Miejscowość		
Gmina			Powiat																		
Województwo			Kraj																		
Poczta																					
DANE KONTAKTOWE																					
Telefon			Telefon kom.																		
Adres e-mail																					

C. Zmiana **Bez zmian**

* Niepotrzebne skreślić

¹ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

² Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

³ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

⁴ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana Bez zmian

DANE O STAZU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość			Województwo
kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocza	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/>

E. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
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 / nr lokalu			
Miejscowość			Województwo
kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocza	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
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 / nr lokalu			
Miejscowość			Województwo
kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocza	

F. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy		Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana Bez zmian

Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawienia	

H. Zmiana Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny		Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:			
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny		Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:			
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny		Specjalistyczny	
Data rozpoczęcia i ukończenia:			
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):	
Dziedzina stopnia naukowego:	
<input type="text"/>	Data uzyskania:
Nazwa organu nadającego stopień:	

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):	
Dziedzina stopnia naukowego:	
<input type="text"/>	Data uzyskania:
Nazwa organu nadającego tytuł:	

K. Zmiana Bez zmian

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU			
Data rozpoczęcia:	<input type="text"/>	Data zakończenia:	<input type="text"/>

L. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU			
Data rozpoczęcia:	<input type="text"/>	Data zakończenia:	<input type="text"/>

M. Zmiana Bez zmian

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ			
Data uzyskania wpisu	<input type="text"/>	Numer księgi	<input type="text"/>

Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych - Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251).
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koninie.
3. Adres siedziby administratora danych : ul. Spółdzielców 3, 62-510 Konin.

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 wnioskodawcy.....

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.).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytym stażu podyplomowym - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU					
Stanowisko					
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 / nr lokalu					
Miejscowość				Województwo	
kod pocztowy		<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Poczta

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU					
Stanowisko					
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, przychodnie, dps, medycyna pracy, itp.)					
ul. / nr / nr lokalu					
Miejscowość				Województwo	
kod pocztowy		<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Poczta

F 2. **Zmiana** **Bez zmian**

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. **Zmiana** **Bez zmian**

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość <input type="checkbox"/>		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. **Zmiana** **Bez zmian**

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
	<input type="text"/> - <input type="text"/>		
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. **Zmiana** **Bez zmian**

Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	