

WNIOSEK

O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI / POŁOŻNEJ¹ OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ² ORAZ WPISANIE DO OKRĘGOWEGO REJESTRU

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Nazwisko i imię (imiona):.....

Nazwiska rodowe:

Imiona rodziców:.....

Data urodzenia: Obywatelstwo:

Miejsce urodzenia: Kraj urodzenia:

Nr PESEL:

(w przypadku nie posiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Numer, miejsce i data wydania dyplomu / świadectwa:

Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:
.....

Oświadczam, iż posiadam obywatelstwo/a:

Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

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

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.

Miejscowość, data Podpis

Załączniki

- 1.Arkusz zgłoszeniowy.
- 2.Kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu.
- 3.Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez uprawnionego lekarza państwa członkowskiego Unii Europejskiej (dla zaświadczeń wystawionych w innym języku niż polski koniecznym jest dołączenie tłumaczenia wykonanego przez tłumacza przysięgłego) - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
- 4.Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że dyplom, świadectwo lub inny dokument, jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego.
- 5.Zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszona i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
- 6.Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Dotyczy również państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegia, Islandia, Lichtenstein) oraz Szwajcarii

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr
- uchwały nr 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.).