

Załącznik nr 2 do uchwały Nr 413/VII/2020 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 września 2020 r. w sprawie zmiany uchwały nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018 r. zmienionej uchwałą nr 341/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2018 r. 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.

**WNIOSK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, ALBO
OGRAŃCZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO *,
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII
EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO
PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ**

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Pełne

Ograniczone

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):																						
Nazwisko rodowe:																						
Nazwisko poprzednie:																						
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Męczyzna																				
Imię ojca:																						
Imię matki:																						
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:	Kraj:																				
Nr PESEL:	<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>																					
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																					
	Numer dokumentu:																					
	Kraj wydania:																					
Obywatelstwo/a:																						

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

Dane o stażu adaptacyjnym (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarstwa lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej):

Nazwa podmiotu leczniczego:		
Adres siedziby podmiotu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

Oświadczam, iż zamierzam odbyć/ ukończyłem/am staż adaptacyjny:

Miejscowość, data Podpis

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa										
	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa										
Nazwa ukończonej szkoły:												
Adres szkoły:												
Województwo:	Powiat:	Gmina:										
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:										
Kod pocztowy:	Miejscowość:											
Numer dyplomu/świadectwa:												
Miejscowość wydania dyplomu:												
Data wydania dyplomu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
Rok ukończenia szkoły:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Miejscowość, data Podpis

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie

karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

Miejscowość, data Podpis

Dane do korespondencji:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:
Adres e-mail	Numer telefonu	

**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 pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 576).

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

- 1) kopia dyplomu / świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu / świadectwa w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem / świadectwem ukończenia polskiej szkoły zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach 45 x 65 mm;
- 4) urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim;
- 5) dokument tożsamości do wglądu.

W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu, dodatkowo należy złożyć:

1. zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej na podstawie przepisów w Państwie, w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód;
2. zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego wnioskodawca jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
3. zezwolenie na pobyt stały albo inny dokument stwierdzający uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**;
4. kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej) (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP).

** Okręgowa rada może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniającemu pozostałe warunki przyznania prawa wykonywania zawodu. Prawo wykonywania zawodu może być w takiej sytuacji wydane na okres nie dłuższy niż okres, na który osoba wnioskująca posiada uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

