

**Załącznik nr 1** 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

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO<sup>1</sup>  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH  
PROWADZONEGO PRZEZ**

.....  
(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>																							
<b>Nazwisko rodowe:</b>																							
<b>Nazwisko poprzednie:</b>																							
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna																					
<b>Imię ojca:</b>																							
<b>Imię matki:</b>																							
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
<b>Miejsce urodzenia:</b>	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:																				
<b>Nr PESEL:</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	Nazwa dokumentu:																						
	Numer dokumentu:																						
	Kraj wydania:																						
<b>Obywatelstwo/a:</b>																							
<b>Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:</b>	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany																					

**Dane kontaktowe:**

<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	

**Dane o wykształceniu:**

<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana								
	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa								
	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa								
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>										
<b>Adres szkoły:</b>										
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>								
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>								
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>									
<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>										
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>										
<b>Data wydania dyplomu:</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></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 pielęgniarzki/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 [oiqip@konin.home.pl](mailto:oiqip@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 świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
3. dwa zdjęcia o wymiarach 45 x 65 mm;
4. dokument tożsamości do wglądu.