Załącznik nr 3 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 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

WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO OSOBIE, BĘDĄCEJ OBYWATELEM JEDNEGO Z PAŃSTW CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	
Nr PESEL:	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	**Nazwa dokumentu:**
	Numer dokumentu:
	Kraj wydania:

Podstawowe dane:

Nazwisko:		
Imię (imiona):		
Nazwisko rodowe:		
Nazwisko poprzednie:		
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
Imię ojca:		
Imię matki:		
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐	
Miejsce urodzenia:	**Miejscowość:**	**Kraj**
Obywatelstwo/a:		

Dane teleadresowe:

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

Załącznik nr 3 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 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

Adres korespondencyjny: (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> ☐)				
Miejscowość:				
Województwo:	**Powiat:**	**Gmina:**		
Kod pocztowy:	**Ulica:**	**Nr domu:**	**Nr lokalu:**	**Poczta:**

Dane kontaktowe:	
Telefon:	**E-mail:**

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana. 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 (t.j. Dz.U z 2024 r. poz. 1513 ze 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 (t.j. Dz.U z 2024 r. poz. 1513 ze zm.) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową 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.

Załącznik nr 3 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 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

Dane o wykształceniu:

Nazwa uzyskanego tytułu zawodowego w oryginalnym brzmieniu:	
Nazwa ukończonej szkoły:	
Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka ☐ położna
Nazwa ukończonej szkoły:	
Miejscowość szkoły:	
Numer dyplomu/świadectwa:	
Data wydania dyplomu:	☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
Rok ukończenia szkoły:	☐☐☐☐
Miejscowość wydania dyplomu:	

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Świadoma/y odpowiedzialności prawnej 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 .....

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz 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 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Załączniki

1. kopia dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. 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;
3. 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 dokonanym przez tłumacza przysięgłego;
4. zaświadczenie wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, że wnioskodawca nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - wydane w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
5. kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjecia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.
   - rozdzielczość: minimum 492x633 piksele
   - rozmiar: do 2.5 MB
   - rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png
   - proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)
   - kompozycja: twarz skierowania w stronę obiektywu, białe tło
6. dokument tożsamości do wglądu.