Załącznik nr 6 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 WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Część A – wypełnia osoba:

- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zostało zagubione albo zniszczone albo skradzione,

- której w poprzednio obowiązującym zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu w wyniku wielokrotności wpisów adnotacji urzędowych brakuje miejsca na kolejne wpisy,

- której zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu albo prawo wykonywania zawodu zawiera oczywiste omyłki pisarskie,

- której dane na wydanym prawie wykonywania zawodu uległy zmianie (np. zmiana nazwiska).

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer prawa wykonywania zawodu:	_____
Numer PESEL:	_____

Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu z powodu:

- ☐ zagubienia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ kradzieży zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ zniszczenia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu/prawa wykonywania zawodu
- ☐ braku miejsca na wpis w zaświadczeniu o prawie wykonywaniu zawodu
- ☐ omyłki pisarskiej w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu albo w prawie wykonywania zawodu
- ☐ zmiany danych na prawie wykonywania zawodu

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

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 .....

Zobowiązuję się zwrócić

……
(pełna nazwa okręgowej rady)

pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu/Prawo wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.

Miejscowość, data ..... Podpis .....

Załączniki:

1) dokument tożsamości do wglądu;
2) arkusz aktualizacyjny
3) 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

Załącznik nr 6 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 WYDANIE NOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ

Część B – wypełnia osoba, która posiada prawo wykonywania zawodu wydane na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów przez urząd wojewódzki lub okręgową radę

Wnoszę o wydanie nowego prawa wykonywania zawodu oraz o wpis do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez

.....

(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:**	**Gmina, Województwo\ Kraj**
Obywatelstwo/a:		
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	☐ Uregulowany ☐ Nieuregulowany	

Dane teleadresowe:

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

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 6 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:

Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka ☐ położna ☐ pielęgniarka dyplomowana ☐ położna dyplomowana ☐ licencjat pielęgniarstwa ☐ licencjat położnictwa ☐ magister pielęgniarstwa ☐ magister położnictwa
Nazwa ukończonej szkoły:	
Miejscowość szkoły:	
Numer dyplomu/świadectwa:	
Data wydania dyplomu:	☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐
Rok ukończenia szkoły:	☐☐☐☐
Miejscowość wydania dyplomu:	

Dane zawodowe:

Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu	Numery poprzednich zaświadczeń
	Organ wydający
	Data wydania
Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie:	Kraj zagranicznego prawa
	Numer zagranicznego dokumentu
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:	

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

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 ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);

3) arkusz aktualizacyjny;
4) 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
5) dokument tożsamości do wglądu