



WNIOSEK

o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza,
położnej/położnego osobie, będącej obywatelem jednego z państw członkowskich Unii
Europejskiej oraz wpisanie do rejestru Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i
Położnych we Wrocławiu

Nazwisko i imię:

Nazwiska poprzednie:

Data urodzenia:..... Obywatelstwo:

Miejsce urodzenia:..... Kraj urodzenia:

Nr PESEL:
(w przypadku nieposiadania nr PESEL nr i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Numer, miejsce i data wydania dyplomu:

.....

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.

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.



Załącznik nr 3 do uchwały nr 137/2016/VII DORPiP we Wrocławiu z dnia 18 czerwca 2016 r.

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 zawieszone 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 24 x 28 mm.

Potwierdzenie odbioru oraz oświadczenie

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- ☐ zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 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.2011.174.1038 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,
- aktualizować dane osobowe zawarte w rejestrze pielęgniarek / rejestrze położnych,
- z chwilą podjęcia pracy zawodowej lub innej zmiany, zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić o zaistniałych zmianach Dolnośląską Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu,

Data Podpis.....

Informacja o administratorze danych

- 1.Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 01 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2011.174.1038 ze zm.)
- 2.Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.
- 3.Adres siedziby administratora danych – 53-333 Wrocław, ul. Powstańców Śląskich 50;