**WNIOSEK**

O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU   
PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ\* I WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU  
W BIAŁEJ PODLASKIEJ

**Nazwisko i imię (imiona):**

**Nazwisko rodowe:**

**Imiona rodziców:**

**Data urodzenia:**   **Miejsce urodzenia:**

**Nr PESEL:**

**Obywatelstwo/a:**

**Uzyskany tytuł zawodowy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana |  | położna / położna dyplomowana |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |

**Nazwa ukończonej szkoły:**

(Adres szkoły: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość, poczta)

…………………………………………….. …………………………………………………

(Numer dyplomu/świadectwa) (Miejscowość i data wydania)

**Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

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

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 zwanego dalej „Rozporządzeniem”:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej: Administrator) jest:  
   Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej ul. Okopowa 3 p. 218 e-mail: biuro@oipip-bp.pl, tel. 83 343 60 83 reprezentowana przez Przewodniczącą OIPiP zwana dalej „Izbą”
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane, na podstawie art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2018r. poz. 123).
3. Pani/Pana dane są przekazane do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w trybie określonym w art. 48 ust. 7 ww. ustawy.
4. Pani/Pana dane osobowe są zbierane do celu stwierdzenia lub przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub zawodu położnej oraz dokonania wpisu do Rejestru Pielęgniarek i Położnych na podst. art. 48 ww. ustawy.
5. Brak podania danych osobowych będzie skutkować brakiem stwierdzania lub przyznania prawa wykonywania zawodu lub brakiem wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych.
6. Na podstawie art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2018r. poz. 123). jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do niezwłocznego zawiadomienia właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1 ww. ustawy, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Nie wyłącza to prawa do dostępu Pani/Pana danych osobowych zawartych w rejestrze, prawa do ich poprawy i aktualizacji.
7. Dane zawarte w rejestrze nie mogą być usunięte na wniosek osoby, której dane dotyczą. Usunięcie danych jest możliwe w trybie opisanym w art. 43 ust. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2018r. poz. 123), nie wcześniej niż po 15 latach od daty wygaśnięcie prawa wykonywania zawodu.
8. Dane osobowe zebrane w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych mogą być przekazane innym podmiotom wskazującym na posiadanie uprawnienie ustawowe do dostępu do tych danych. W zakresie danych wymienionych w art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U. z 2018r. poz. 123) o zawodach pielęgniarki i położnej, dane zawarte w rejestrze są informacją publiczną i dostęp do nich przysługuje na podstawie przepisów ustawy o dostępie do informacji publicznej.
9. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
10. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych.
11. W trakcie przetwarzania danych nie dochodzi do wyłącznie zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani do profilowania, o których mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Zapoznałam się/ Zapoznałem się

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

**Załączniki:**

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy - oryginał do wglądu.
3. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy.
4. Dwa zdjęcia o wymiarach 35 x 45 mm.