

Załącznik nr 8 do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. 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.

ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

Dane osobowe:

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

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
<small>Województwo:</small>	<small>Powiat:</small>	<small>Gmina:</small>
<small>Ulica:</small>	<small>Nr domu:</small>	<small>Nr lokalu:</small>
<small>Kod pocztowy:</small>	<small>Miejscowość:</small>	<small>Kraj:</small>
<small>Adres e-mail</small>		<small>Numer telefonu</small>

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

- 1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);
- 2) dokument tożsamości do wglądu;
- 3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „B”**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<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																				
Nazwa ukończonej szkoły:																						
Adres szkoły:																						
Województwo:	Powiat:	Gmina:																				
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:																				
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:																				
Numer dyplomu/świadectwa:																						
Miejscowość wydania dyplomu:																						
Data wydania dyplomu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Rok ukończenia szkoły:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

Dane o stopniach i tytułach naukowych:

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):											
Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):											
Dziedzina stopnia \ tytułu naukowego:											
Data uzyskania:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Nazwa organu nadającego stopień \ tytuł:											

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Załącznik:

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskanie wykształcenie-oryginały do wglądu.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „C”**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										

Dane o stażu podyplomowym:

Nazwa firmy/podmiotu:																	
NIP:																	
REGON:																	
Data rozpoczęcia stażu:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Data zakończenia stażu:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Adres siedziby:																	
Województwo:	Powiat:	Gmina:															
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:															
Kod pocztowy:	Miejscowość:																

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Załącznik:

1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „D”**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

Dane zawodowe:

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

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Załącznik:

1) w przypadku prawa wykonywania zawodu w innym państwie-kopia prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska - oryginał do wglądu

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „E”**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

**Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących
działalność leczniczą:**

Data uzyskania wpisu:	
Numer księgi:	

Dane o aktualnym zatrudnieniu:

Stanowisko:		
Data zatrudnienia od:		
Data zatrudnienia do:		
Nazwa firmy pełna:		
NIP:	Regon:	
Typ zakładu pracy:		
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny		
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):		
Adres zakładu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:
Numer telefonu	Fax	

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F”

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):														
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>													

Dane o zatrudnieniu:

Stanowisko:															
Data zatrudnienia od:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>														
Data zatrudnienia do:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>														
Nazwa firmy pełna:															
NIP:		Regon:													
Typ zakładu pracy:															
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny															
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):															
Adres zakładu:															
Województwo:	Powiat:	Gmina:													
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:													
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:													
Numer telefonu	Fax														

Dane o zatrudnieniu:

Stanowisko:															
Data zatrudnienia od:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>														
Data zatrudnienia do:	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>														
Nazwa firmy pełna:															

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F”**

NIP:		Regon:			
Typ zakładu pracy:					
<input type="checkbox"/> Publiczny		<input type="checkbox"/> Niepubliczny			
<input type="checkbox"/> Inny					
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):					
Adres zakładu:					
Województwo:		Powiat:		Gmina:	
Ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Kod pocztowy:		Miejscowość:		Poczta:	
Numer telefonu		Fax			

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „G”**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	

Dane o specjalizacji:

Dziedzina specjalizacji:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia specjalizacji:	
Data wystawienia dyplomu:	
Numer dyplomu:	

Dziedzina specjalizacji:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia specjalizacji:	
Data wystawienia dyplomu:	
Numer dyplomu:	

Dane o kursach:

Rodzaj i dziedzina kursu:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia:	

Rodzaj i dziedzina kursu:	
---------------------------	--

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „G”**

Nazwa organizatora:	
Data ukończenia:	

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

- 1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginały do wglądu;
- 2) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „G”**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

Dane do korespondencji:

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:
Adres e-mail	Numer telefonu	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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.

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 2020 r. poz.562 ze zm.)

Miejscowość, data Podpis
