

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

- o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;
- o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;
- o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

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>										
Uzyskany tytuł zawodowy:	<table><tr><td><input type="checkbox"/> pielęgniarka / <input type="checkbox"/> pielęgniarka dyplomowana</td><td><input type="checkbox"/> położna / <input type="checkbox"/> położna dyplomowana</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa</td><td><input type="checkbox"/> licencjat położnictwa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa</td><td><input type="checkbox"/> magister położnictwa</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / <input type="checkbox"/> pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / <input type="checkbox"/> położna dyplomowana	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa				
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / <input type="checkbox"/> pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / <input type="checkbox"/> położna dyplomowana										
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa										
<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa										
Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód:											

Przebieg pracy zawodowej

Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do...	Wykonywany zawód pielęgniarka, położna, pielęgniarz, położny	Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres

Miejscowość, data Podpis

Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w

Miejscowość, data Podpis

Załącznik:

Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.

