

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY\***  
**DANYCH OSOBOWYCH**  
**W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH\***  
**PROWADZONYM PRZEZ**  
**OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W SŁUPSKU**

**CZEŚĆ 1<sup>1</sup>**

DANE OSOBOWE																									
Nazwisko				Imiona																					
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>2</sup>				Kraj wydania dokumentu																					
Data urodzenia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>					-			-									Miejsce urodzenia	Miejscowość						
		-			-																				
Numer p wz <sup>3</sup>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>																		Gmina						
					Województwo																				

**CZEŚĆ 2<sup>4</sup>**

**A. Zmiana**  **Bez zmian**

Imię drugie			Nazwisko poprzednie																						
Nazwisko rodowe			Płeć																						
Imię ojca			Imię matki																						
Posiadane obywatelstwa			NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
			Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	Nie dotyczy																					
				Uregulowany																					
		Nieuregulowany																							

**B. Zmiana**  **Bez zmian**

DANE TELEADRESOWE																				
Adres zameldowania																				
Ulica				Numer																
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>					-												Miejscowość		
		-																		
Gmina				Powiat																
Województwo				Kraj																
Poczta																				
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)																				
Ulica				Numer																
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>					-												Miejscowość		
		-																		
Gmina				Powiat																
Województwo				Kraj																
Poczta																				
DANE KONTAKTOWE																				
Telefon				Telefon kom.																
Adres e-mail																				

**C. Zmiana**  **Bez zmian**

\* Niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

<sup>2</sup> Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

<sup>3</sup> W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

<sup>4</sup> Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D.    Zmiana                       Bez zmian

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/>

E.    Zmiana                       Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text"/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana  Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/>

H. Zmiana  Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I.    Zmiana                       Bez zmian

<b>Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):</b>
<b>Dziedzina stopnia naukowego:</b>
<b>Data uzyskania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nazwa organu nadającego stopień:</b>

J.    Zmiana                       Bez zmian

<b>Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):</b>
<b>Dziedzina stopnia naukowego:</b>
<b>Data uzyskania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nazwa organu nadającego tytuł:</b>

K.    Zmiana                       Bez zmian

<b>DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU</b>	
<b>Data rozpoczęcia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Data zakończenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L.    Zmiana                       Bez zmian

<b>DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU</b>	
<b>Data rozpoczęcia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Data zakończenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M.    Zmiana                       Bez zmian

<b>INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ</b>		
<b>Data uzyskania wpisu</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Numer księgi</b>

#### Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, ze zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w .....
3. Adres siedziby administratora danych .....

**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. Nr 178 poz. 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 (nie dotyczy osób: zarejestrowanych jako bezrobotne, przebywających na urlopie wychowawczym, pobierających zasiłek rehabilitacyjny, niewykonyjących zawodu od daty złożenia wniosku o zaprzestanie wykonywania zawodu lub wniosku o zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu).
- z chwilą wpisania do rejestru zobowiązuje się do zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Data .....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Pouczenie:** Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zm.).

#### Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

E 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, przychodnie, dps, medycyna pracy, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

F 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIEŁĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna		Uzyskany tytuł zawodowy	
<input type="checkbox"/> licencjat		pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/>	
		magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. Zmiana  Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	