

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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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 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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> </tr> </table>									<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:																				
Numer PESEL:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> <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>																						
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																						
	Numer dokumentu:																						
	Kraj wydania:																						
Obywatelstwo/a:																							
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany																					

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:

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"/> licencjat pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa <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:

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

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" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>								

Dane o stażu podyplomowym:

Nazwa firmy/podmiotu:											
NIP:											
REGON:											
Data rozpoczęcia stażu:	<table border="1" style="width: 33%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>					<table border="1" style="width: 16.5%;"><tr><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 16.5%;"><tr><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td></tr></table>		
Data zakończenia stażu:	<table border="1" style="width: 33%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>					<table border="1" style="width: 16.5%;"><tr><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 16.5%;"><tr><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></td><td style="width: 8.25%; height: 15px;"></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. „F”**

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 zatrudnieniu:

Stanowisko:									
Data zatrudnienia od:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
Data zatrudnienia do:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </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 border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
Data zatrudnienia do:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </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								

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

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

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):									
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></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.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U z 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przesyłanych przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych mogących zawierać informacje od reklamodawców. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, klikając w odpowiedni link na końcu wiadomości e-mail. 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 2018 r. poz. 123 ze zm.).

Miejscowość, data Podpis
