

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

**CZEŚĆ 1<sup>1</sup>**

DANE OSOBOWE																	
Nazwisko				Imiona													
PESEL	<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> </tr> </table>																
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>2</sup>				Kraj wydania dokumentu													
Data urodzenia	<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>					-			-					Miejsce urodzenia	Miejscowość		
		-			-												
Numer pzw <sup>3</sup>	<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>														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"> <tr> <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	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy											
				<input type="checkbox"/> Uregulowany											
		<input type="checkbox"/> Nieuregulowany													

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

DANE TELEADRESOWE												
Adres zameldowania												
Ulica				Numer								
Kod	<table border="1"> <tr> <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"> <tr> <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												

\* 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”

C. Zmiana  Bez zmian

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 (podstawowe miejsce pracy)			
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 (pozostałe/dodatkowe miejsce pracy)			
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		Uzyskany tytuł zawodowy	
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa		<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana	
<input type="checkbox"/>		m <input type="checkbox"/> ster pielęgniarstwa/położnictwa	
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

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

J. Zmiana  Bez zmian

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

K. Zmiana  Bez zmian

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

L. Zmiana  Bez zmian

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

#### Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych - Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.)
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
3. Adres siedziby administratora danych: 42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25.

**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 174, 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 urlopiach wychowawczych, 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 ściągnięciu 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 stażu podyplomowym - 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).

WKLADKA 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			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
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			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	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			
Uzyskany tytuł zawodowy			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana		
<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa/położnictwa	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa/położnictwa		
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	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	