

**Załącznik nr 6** 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.

### **WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU ZAŚWIADCZENIA W PRZYPADKU UTRATY ZAŚWIADCZENIA**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>																		
<b>Numer prawa wykonywania zawodu:</b>	<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><td></td></tr></table>																	
<b>Numer PESEL:</b>	<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><td></td><td></td></tr></table>																	

**Oświadczam że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu**

Seria ..... Nr .....

**Wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....**

zostało:

zagubione       skradzione       zniszczone

Miejscowość, data ..... Podpis Wnioskodawcy .....

---

**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 .....

---

**Zobowiązuję się zwrócić Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w ..... pierwotnie wydane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu w przypadku jego odnalezienia.**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

#### **Załączniki:**

- 1) dokument tożsamości do wglądu;
- 2) arkusz aktualizacyjny.
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach ..... mm.