

**WNIOSEK**  
**O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU**  
**PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ**  
**I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW**  
**OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Data i miejsce urodzenia: .....

3. Imiona rodziców: .....

4. PESEL: .....

5. Nazwa ukończonej szkoły: .....

6. Numer i data wydania dyplomu : .....

7. Adres zamieszkania i nr telefonu: .....

.....

8. Oświadczam, że posiadam obywatelstwo: .....

9. Oświadczam, że znane są mi przepisy dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

### Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy.
2. Kopia dyplomu - oryginał do wglądu.
3. Kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego – oryginał do wglądu (dotyczy absolwentów medycznych szkół zawodowych).
4. Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza.
5. Dwa zdjęcia o wymiarach 24 x 28 mm
6. Kopia dowodu tożsamości – oryginał do wglądu

### Pouczenie

Zgodnie z art. 9 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.) regularne opłacanie składki członkowskiej jest obowiązkowe.

Zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.), nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Zgodnie z art. 11 d ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.) pielęgniarka, położna wpisana do rejestru, jest obowiązana do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

### Informacja o administratorze danych

1. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.).
2. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca .....
- .....  
(pełna nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych)
3. Adres siedziby administratora danych .....
- .....

## POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej\* o serii ..... numerze .....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis

\* Niepotrzebne skreślić