

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

CZEŚĆ 1¹

DANE OSOBOWE																							
Nazwisko		Imię																					
nr i seria dowodu osobistego lub paszportu		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>																				
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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					Imię (drugie)	
Numer p wz ²		Miejsce urodzenia:	Miejscowość:																				
			Województwo:																				

CZEŚĆ 2³

A. Zmiana Bez zmian

Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie																					
Imię ojca		Imię matki																					
Płeć		NIP	<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>																				
Obywatelstwo		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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					Miejscowość	
Gmina		Powiat																					
Województwo		Kraj																					
Poczta																							
Adres korespondencyjny (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><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

¹ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

² W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

³ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

C. Zmiana Bez zmian

Dane zawodowe	
Izba macierzysta w	
Poprzednie numery zaświadczeń	
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa: Symbol zagranicznego dokumentu:

D. Zmiana Bez zmian

Dane o stażu podyplomowym			
Nazwa firmy pełna			
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

E. Zmiana Bez zmian

Dane o wykształceniu			
Nazwa szkoły		Typ szkoły	
Numer telefonu:		Fax	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Uzyskany tytuł zawodowy	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Rok ukończenia szkoły	
Inne tytuły zawodowe			

F. Zmiana Bez zmian

Dane o zatrudnieniu			
Stanowisko		Oddział	
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		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

G. Zmiana Bez zmian

Dane o specjalizacji	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	

H. Zmiana Bez zmian

Dane o kursach		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	Dokształcający
DATA ROZPOCZĘCIA I UKOŃCZENIA:		
ORGANIZATOR:		
ZAKRES / UWAGI:		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	Dokształcający
DATA ROZPOCZĘCIA I UKOŃCZENIA:		
ORGANIZATOR:		
ZAKRES / UWAGI:		
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny	Dokształcający
DATA ROZPOCZĘCIA I UKOŃCZENIA:		
ORGANIZATOR:		
ZAKRES / UWAGI:		

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy:
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania:
Nazwa jednostki nadającej stopień naukowy:

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy:
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania:
Nazwa jednostki nadającej tytuł naukowy:

K. Zmiana Bez zmian

Znajomość języków obcych	
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)
język:	poziom (1-podstawowy, 2-dobry, 3-bardzo dobry, 4-biegły)

Miejscowość, Data

Podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero dokumentu potwierdzającego zmianę nazwiska
3. Ksero zaświadczenia o odbytym stażu podyplomowym - oryginał do wglądu.
4. **Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.**
5. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

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

E. Zmiana

Bez zmian

Dane o wykształceniu			
Nazwa szkoły		Typ szkoły	
Numer telefonu:		Fax	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Uzyskany tytuł zawodowy	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Rok ukończenia szkoły	
Inne tytuły zawodowe			

Dane o wykształceniu			
Nazwa szkoły		Typ szkoły	
Numer telefonu:		Fax	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Kraj		Uzyskany tytuł zawodowy	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Rok ukończenia szkoły	
Inne tytuły zawodowe			

F. Zmiana

Bez zmian

Dane o zatrudnieniu			
Stanowisko		Oddział	
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		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

Dane o zatrudnieniu			
Stanowisko		Oddział	
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		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

Dane o zatrudnieniu			
Stanowisko		Oddział	
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		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

Dane o zatrudnieniu			
Stanowisko		Oddział	
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		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	

G. Zmiana Bez zmian

Dane o specjalizacji	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	
Dziedzina specjalizacji	
Organizator	
Data ukończenia	
Numer dyplomu	