**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, ALBO OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO \*,
OSOBIE NIE BĘDĄCEJ OBYWATELEM PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU**

 **Pełne** **Ograniczone**

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Płeć: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Kobieta |  | Mężczyzna |
|  |  |
|  |  |

 |
| Imię ojca: |  |
| Imię matki: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Kraj: |
| Nr PESEL: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |

**Dane kontaktowe:**

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

**Dane o stażu adaptacyjnym** (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył wyższą szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej):

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu leczniczego: |  |
| Adres siedziby podmiotu: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Oświadczam, iż zamierzam odbyć/ ukończyłem/am staż adaptacyjny:**

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

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa |
|  |  |
|  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa |
|  |  |
|  |  |

 |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  |
| Adres szkoły: |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  |
| Data wydania dyplomu: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Rok ukończenia szkoły: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |

**Świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia** **oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

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

**Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

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

**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 Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą 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

**Załączniki:**

1. kopia dyplomu / świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej lub odpowiednio polskiej szkoły położnych bądź dokument potwierdzający nostryfikację, uznanie dyplomu / świadectwa w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędny z dyplomem / świadectwem ukończenia polskiej szkoły zgodnie
z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej wraz z tłumaczeniem dokonanym przez tłumacza przysięgłego - oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność
z oryginałem przez pracownika OIPiP);
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego;
3. dwa zdjęcia o wymiarach 40 mm x 50 mm;
4. urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim;
5. dokument tożsamości do wglądu.

**W przypadku wniosku o przyznanie pełnego prawa wykonywania zawodu, dodatkowo należy złożyć:**

1. zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej na podstawie przepisów w Państwie, w którym dotychczas wnioskodawca wykonywał zawód;
2. zaświadczenie odpowiedniego organu Państwa, którego wnioskodawca jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszone i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
3. zezwolenie na pobyt stały albo inny dokument stwierdzający uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej\*\*;
4. kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu adaptacyjnego - oryginał do wglądu (nie dotyczy wnioskodawcy, który ukończył szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych
w Rzeczypospolitej Polskiej) (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP).

\*\* Okręgowa rada może przyznać prawo wykonywania zawodu na czas określony cudzoziemcowi nieposiadającemu zezwolenia na pobyt stały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a spełniającemu pozostałe warunki przyznania prawa wykonywania zawodu. Prawo wykonywania zawodu może być w takiej sytuacji wydane na okres nie dłuższy niż okres, na który osoba wnioskująca posiada uprawnienie do przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

**Potwierdzenie odbioru zaświadczenia**

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Seria ……. Nr …………….…

 uchwały nr …………………………… z dnia ………………………………….

**Oświadczam**, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy
o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916), **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 zwolnionych z opłacania składek zgodnie z właściwą uchwałą Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
* 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 .......................................................

**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 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).

 **KLAUZULA INFORMACYJNA**

 **PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE CZŁONKOWIE OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU**

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „**RODO**”) informujemy, że:

1. Administratorem Twoich danych osobowychjest **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu** z siedzibą przy ul. Budowlanych 44A, 45-123 Opole.
2. W sprawie ochrony swoich danych osobowych możesz skontaktować się z **Inspektorem Ochrony Danych** pod adresem email: **inspektor@oipip.opole.pl;** pod numerem telefonu **664193117**; lub pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w punkcie **I** powyżej.

1. **Cele i podstawy przetwarzania.**

Będziemy przetwarzać Twoje dane:

* 1. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na OIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPIP w Opolu - województwo opolskie, w szczególności: stwierdzeniu/przyznaniu dla Pani/Pana prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu przez ORPiP rejestru pielęgniarek i rejestru położnych, wydawaniu zaświadczeń, ewidencji rozliczeń i dochodzenia składek członkowskich, prowadzeniu postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej (podstawa art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
	2. w celu komunikacji z członkiem samorządu pielęgniarek i położnych poprzez adres e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji (inny niż adres zamieszkania), wysyłania newsletter-a NIPiP oraz biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu oraz innych informacji i materiałów (podstawa art. 9 lit. a RODO),
	3. w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (podstawa art. 6 ust. 1 lit. e RODO),
	4. w celu realizacji szkoleń realizowanych przez OIPIP w Opolu (podstawa art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

**IV. Prawo do sprzeciwu**

W każdej chwili przysługuje Ci prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych, przetwarzanych w celu i na podstawie wskazanych powyżej. Przestaniemy przetwarzać Twoje dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, istnieją ważne, prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

**V. Okres przechowywania danych.**

Twoje dane będą przechowywane przez czas określony przepisami prawa, a w szczególności przez okres czasu wynikający z art. 43 ust. 5 u.z.p.p. Dane pielęgniarek i położnych, których prawo wykonywania zawodu wygasło, są usuwane z Centralnego Rejestru Pielęgniarek
i Położnych oraz Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych po upływie15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu. W przypadku adresu e-mail, numeru telefonu do 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu bądź wcześniej w przypadku cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz numeru telefonu.

**VI. Odbiorcy danych**

Twoje dane osobowe mogą zostać przekazywane :

1. podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa w szczególności Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
2. władzom, organom lub organizacjom państwa członkowskiego Unii Europejskiej
w zakresie informacji niezbędnych do uznania kwalifikacji oraz do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej,
3. do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
4. w ramach dostępu informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r.
o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).
5. naszym podwykonawcom (podmiotom przetwarzającym) np. firmom księgowym, prawniczym, informatycznym, agencjom reklamowym i innym wyłącznie na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora Danych.

**VII. Prawa osób, których dane dotyczą:**

 Zgodnie z RODO, przysługuje Ci prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii w zakresie, w jakim prawo to nie jest uregulowane na podstawie odrębnych przepisów,
2. sprostowania (poprawiania) swoich danych,
3. usunięcia, ograniczenia przetwarzania w zakresie, w jakim prawo to nie jest wyłączone
na podstawie odrębnych przepisów,
4. wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uznasz,
że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza przepisy RODO.

**VIII. Informacja o dobrowolności podania danych**

 Podanie danych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do realizacji zadań
 samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPiP, w szczególności do:

1. stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza/ /położnej/położnego, ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
2. dokonania wpisu i aktualizacji danych w okręgowym rejestrze pielęgniarek/położnych.
3. wydawanie zaświadczeń,
4. przyjmowania oświadczeń od Pani/Pana,
5. prowadzenie postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku numeru telefonu i adresu e-mail oraz adresu do korespondencji jeżeli jest on odmienny od adresu zamieszkania podanie tych danych jest dobrowolne i nie wpływa na wykonanie pozostałych celów przetwarzania. Niepodanie jednak tych danych, skutkuje niemożliwością kontaktowania się z Tobą, wysyłania newsletter-a NIPIP ani biuletynów
i innych informacji i materiałów przesyłanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

**IX. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Twoje dane osobowe zebrane w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**X. Przekazywanie danych poza obszar EOG**

Twoje dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. W takim przypadku przekazanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy administratorem danych a odbiorcą, która zawierać będzie standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską.

Data i podpis …………………………………………………………………………..