

**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia
na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej w dowolnym podmiocie leczniczym
na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz uzyskania warunkowego prawa
wykonywania zawodu pielęgniarki lub warunkowego prawa wykonywania zawodu
położnej**

Wnioskuje o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu (zaznacz właściwe):

pielęgniarki położnej

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta mężczyzna (zaznacz właściwe)

Imię (Imiona):
Nazwisko:
Nazwisko rodowe:
Data urodzenia:
Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość):
Obywatelstwo:
Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje:
Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail):
Znajomość języka polskiego (zaznacz właściwe)
<input type="checkbox"/> Nie znam języka <input type="checkbox"/> Podstawowy <input type="checkbox"/> Średni <input type="checkbox"/> Zaawansowany

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):¹

Imię i nazwisko:
Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail:

¹ Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione

Uzyskane kwalifikacje:

Nazwa ukończonej szkoły:
Uzyskany tytuł zawodowy i dokument potwierdzający ukończenie szkoły (data i miejsce wydania dokumentu):
Okres kształcenia w szkole:
Inne ewentualne dokumenty (poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, wydane przez właściwy organ): 1. 2. 3.

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załączone dokumenty są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku².

Data i podpis.....

²Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych w Ministerstwie Zdrowia można uzyskać pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dane-osobowe>.