Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia
na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej
na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia
w podmiocie wykonującym działalność leczniczą

Wnioskuję 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):

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[1]

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

Uzyskane kwalifikacje:

Nazwa ukończonej szkoły:

[1] Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione

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

Doświadczenie zawodowe:

Okres zatrudnienia jako pielęgniarka lub położna:
Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy – miejsce, stanowisko, stosunek pracy): 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Podmiot, w którym zamierza Pan/Pani podjąć zatrudnienie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

Pełna nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
Okres planowanego zatrudnienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (od…do…):

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 wniosku[2].

Data i podpis……

[2]Administratorem 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.