**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH   
W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „A”**

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**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: | Gmina: | Województwo: |
| Numer PESEL: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: | | |
| Numer dokumentu: | | |
| Kraj wydania: | | |
| Obywatelstwo/a: |  | | |
| Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Uregulowany |  | Nieuregulowany | |  |  | |  |  | | | |

**Dane kontaktowe:**

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

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

**Załączniki:**

1) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

2) dokument tożsamości do wglądu;

3) dokument potwierdzający zmianę danych osobowych do wglądu.

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o wykształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uzyskany tytuł zawodowy: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana |  | położna /  położna dyplomowana | |  |  | |  |  | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  | |  |  | | |
| Nazwa ukończonej szkoły: |  | |
| Adres szkoły: | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |
| Numer dyplomu/świadectwa: |  | |
| Miejscowość wydania dyplomu: |  | |
| Data wydania dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Rok ukończenia szkoły: | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | | |

**Dane o stopniach i tytułach naukowych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Uzyskany stopień naukowy  (np. doktor, doktor habilitowany): |  |
| Uzyskany tytuł naukowy  (np. profesor): |  |
| Dziedzina stopnia\tytułu naukowego: |  |
| Data uzyskania: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Nazwa organu nadającego stopień\tytuł: |  |

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

**Załącznik:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane wykształcenie-oryginały do wglądu.

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o stażu podyplomowym:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa firmy/podmiotu: |  | |
| NIP: |  | |
| REGON: |  | |
| Data rozpoczęcia stażu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Data zakończenia stażu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| Adres siedziby: | | |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | |

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

**Załącznik:**

1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane zawodowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu | Numery poprzednich zaświadczeń |
| Organ wydający zaświadczenie |
| Data wydania |
| Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska: | Kraj zagranicznego prawa |
| Numer zagranicznego dokumentu |
| Data rozpoczęcia wykonywania zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

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

**Załącznik:**

1. w przypadku prawa wykonywania zawodu w innym państwie-kopia prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska - oryginał do wglądu

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data uzyskania wpisu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Numer księgi: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o aktualnym zatrudnieniu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko: |  | | |
| Data zatrudnienia od: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Data zatrudnienia do: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Nazwa firmy pełna: |  | | |
| NIP: | | Regon: | |
| Typ zakładu pracy:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  | |  |  |  | Inny | |  |  |  |  | | | | |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): |  | | |
| Adres zakładu: | | | |
| Województwo: | Powiat: | | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | Poczta: |
| Numer telefonu | Fax | |  |

Miejscowość, data ........................ Podpis Wnioskodawcy…………………….

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o zatrudnieniu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko: |  | | |
| Data zatrudnienia od: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Data zatrudnienia do: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Nazwa firmy pełna: |  | | |
| NIP: | | Regon: | |
| Typ zakładu pracy:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  | |  |  |  | Inny | |  |  |  |  | | | | |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): |  | | |
| Adres zakładu: | | | |
| Województwo: | Powiat: | | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | Poczta: |
| Numer telefonu | Fax | |  |

**Dane o zatrudnieniu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko: |  | | |
| Data zatrudnienia od: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Data zatrudnienia do: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Nazwa firmy pełna: |  | | |
| NIP: | | Regon: | |
| Typ zakładu pracy:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Publiczny |  | Niepubliczny |  |  | |  |  |  | Inny | |  |  |  |  | | | | |
| Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.): |  | | |
| Adres zakładu: | | | |
| Województwo: | Powiat: | | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | Poczta: |
| Numer telefonu | Fax | |  |

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

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**Dane o specjalizacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina specjalizacji: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia specjalizacji: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Data wystawienia dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Numer dyplomu: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dziedzina specjalizacji: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia specjalizacji: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Data wystawienia dyplomu: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Numer dyplomu: |  |

**Dane o kursach:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj i dziedzina kursu: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj i dziedzina kursu: |  |
| Nazwa organizatora: |  |
| Data ukończenia: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

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

**Załączniki:**

1) ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje – oryginały do wglądu;

2) oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia);

**Dane identyfikacyjne:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Numer  Prawa Wykonywania Zawodu: | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**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