

**WNIOSEK O WYMIANĘ ZAŚWIADCZENIA O PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH*
PROWADZONEGO PRZEZ
OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE**
(DOTYCZY OSÓB, KTÓRE POSIADAJĄ PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU WYDANE NA PODSTAWIE POPRZEDNIO
OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW, T.J. PRZED DNIEM 3 LISTOPADA 1999.)

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

Dane osobowe:

Nazwisko rodowe:																							
Nazwisko poprzednie:																							
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna																					
Imię ojca:																							
Imię matki:																							
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:																				
Numer PESEL:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
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:	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany																					

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zameldowania:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Adres e-mail	Numer telefonu	

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana									
	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa									
	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> 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:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Rok ukończenia szkoły:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Dane o stażu podyplomowym:

Nazwa firmy/podmiotu:											
Data rozpoczęcia stażu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Data zakończenia stażu:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Adres siedziby:											
Województwo:	Powiat:	Gmina:									
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:									
Kod pocztowy:	Miejscowość:										

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:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> <td> </td><td> </td> </tr> </table>									

Dane o ostatnim zatrudnieniu:

Stanowisko:		
Data zatrudnienia od:	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Data zatrudnienia do:	_ _ _ _ _	_ _ _ _ _
Nazwa firmy pełna:		
Typ zakładu pracy:	<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny	
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):		
Adres zakładu:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:
Numer telefonu	Fax	

Dane do korespondencji (wypełnić w przypadku innego adresu niż adres zameldowania)

Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:

Miejscowość, data Podpis

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KOSZALINIE**

Na podstawie 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 („**Rozporządzenie**”), informujemy, że:

1. Współadministratorzy danych

Współadministratorami Pani/Pana danych osobowych są:

- I. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, adres : ul. Zwycięstwa 190, 75-611 Koszalin, NIP: 669-10-91-7283,REGON: 330033099, tel. 94 342-59-93, e-mail : izba@oipip-koszalin.org.
- II. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Pory 78 lok. 10 02-757 Warszawa, NIP: 526-10-32-094 REGON: 010001339, tel. 22 327 61 61 („NIPiP”).

2. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne

Dane osobowe będą przetwarzane przez OIPiP w Koszalinie oraz NIPiP w następujących celach:

- I. komunikacji z członkiem samorządu pielęgniarek i położnych (e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji), wysyłania newsletter-a NIPiP oraz biuletynu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia,
- II. do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na OIPiP w Koszalinie oraz NIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPiP w Koszalinie, w szczególności: stwierdzeniu/przyznaniu dla Pani/Pana prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu przez OIPiP w Koszalinie rejestru pielęgniarek i rejestru położnych, prowadzeniu przez NRPiP Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, wydawaniu zaświadczeń, prowadzeniu postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia,
- III. organizacji krajowych i okręgowych zjazdów pielęgniarek i położnych, naczelnych i okręgowych rad, posiedzeń komisji/zespołów roboczych działających przy NRPiP, komisji/zespołów/rad powołanych przez organy administracji publicznej, Rady programowej Magazynu Pielęgniarki i Położnej, przyznawania odznaczeń na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia

- IV. do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia.

3. Udostępnienie danych osobowych

Pani/Pana dane mogą być udostępniane przez OIPiP w Koszalinie oraz NIPiP podmiotom i organom, którym OIPiP w Koszalinie oraz NIPiP są zobowiązane lub upoważnione udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od OIPiP w Koszalinie i NIPiP danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa m.in.:

- I. Władzom, organom lub organizacjom państwa członkowskiego Unii Europejskiej informacje niezbędne do uznania kwalifikacji oraz do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej.
- II. Do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- III. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych udostępnia informacje, 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.) w ramach 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).
- IV. Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Kancelarii Sejmu RP, Kancelarii Senatu RP, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz podmiotom realizującym usługi hotelarskie/konferencyjne.
- V. Podmiotom które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora OIPiP w Koszalinie lub NIPiP.
- VI. Rozporządzenie MZ w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej z dnia 4 lutego 2013r. (Dz. U. z 2013r., poz. 222).

4. Przekazywanie danych osobowych do państwa trzeciego

Pani/Pana danych nie przekazujemy poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

5. Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:

- I. 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.
- II. 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.

6. Przysługujące prawa

W związku z przetwarzaniem przez OIPiP w Koszalinie Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu, na zasadach i w przypadkach określonych w Rozporządzeniu prawo do:

- I. dostępu do danych osobowych,
- II. sprostowania danych osobowych,
- III. usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), co w przypadku adresu e-mail i numeru telefonu nie podlega ograniczeniom,
- IV. ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- V. przenoszenia danych,
- VI. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- VII. cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz telefonów dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

7. Wymóg podania danych

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

- I. stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza/ /położnej/położnego, ograniczonego prawa wykonywania zawodu,
- II. dokonania wpisu i aktualizacji danych w okręgowym rejestrze pielęgniarek/położnych.
- III. wydawanie zaświadczeń,
- IV. przyjmowania oświadczeń od Pani/Pana,
- V. prowadzenie postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku numeru telefonu i adresu e-mail podanie tych danych jest dobrowolne i nie wpływa na wykonanie pozostałych celów przetwarzania. Niepodanie jednak tych danych, skutkuje niemożliwością kontaktowania się z Panem/Panią, wysyłania do Pani/Pana newsletter-a NIPiP ani biuletynów i innych informacji i materiałów przesyłanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą profilowane.

9. Inspektor Ochrony Danych*

W NIPiP powołany został Inspektor Ochrony Danych. Adres: Inspektor Ochrony Danych, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa, adres e-mail: iod@nipip.pl. Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej NIPiP w zakładce „RODO”.

W OIPiP w Koszalinie powołany został Inspektor Ochrony Danych. Adres : Inspektor Ochrony Danych, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie, ul. Zwycięstwa 190, 75-611 Koszalin, e-mail: iod@oipip-koszalin.org. Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej OIPiP w Koszalinie w zakładce ”RODO” oraz w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie.

Miejscowość, data Podpis wnioskodawcy.....

Załączniki:

- 1.Odpis/ Kopia dyplomu - oryginał do wglądu.
- 2.Kopia suplementu – oryginał do wglądu.
- 3.Zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy/lekarza rodzinnego.
4. Zdjęcie o wymiarach: szer: 4 cm, wysokość: 5 cm dla wszystkich zawodów
- 5.Kopia zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego – oryginał do wglądu (dotyczy absolwentów medycznych szkół zawodowych).
- 6.Kopia odpisu aktu małżeństwa (w przypadku zmiany nazwiska) .
- 7.Oryginał prawa wykonywania zawodu.
- 8.Kopie zaświadczeń o ukończonych kursach – oryginał do wglądu.
- 9.Kopie wszystkich świadectw pracy w zawodzie pielęgniarki / położnej.
- 10.Kopia zaświadczenia potwierdzającego okres zarejestrowania w Urzędzie Pracy.

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr

pouczenia

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.), **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 (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, ze zm.).