

**Załącznik nr 8** do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania i przyznawania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru pielęgniarek i rejestru położnych oraz rejestru obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie okręgowej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej.

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

### Dane identyfikacyjne:

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>											
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="margin: auto; 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:

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>																					
<b>Nazwisko rodowe:</b>																					
<b>Nazwisko poprzednie:</b>																					
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
<b>Imię ojca:</b>																					
<b>Imię matki:</b>																					
<b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b>	<table border="1" style="margin: auto; 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>																				
<b>Miejsce urodzenia:</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><small>Miejscowość:</small></td> <td style="width: 33%;"><small>Gmina:</small></td> <td style="width: 33%;"><small>Województwo:</small></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	<small>Miejscowość:</small>	<small>Gmina:</small>	<small>Województwo:</small>																	
<small>Miejscowość:</small>	<small>Gmina:</small>	<small>Województwo:</small>																			
<b>Numer PESEL:</b>	<table border="1" style="margin: auto; 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>																				
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>	<small>Nazwa dokumentu:</small>																				
	<small>Numer dokumentu:</small>																				
	<small>Kraj wydania:</small>																				
<b>Obywatelstwo/a:</b>																					
<b>Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:</b>	<input type="checkbox"/> Uregulowany <input type="checkbox"/> Nieuregulowany																				

### Dane kontaktowe:

<b>Adres miejsca zamieszkania:</b>		
<small>Województwo:</small>	<small>Powiat:</small>	<small>Gmina:</small>
<small>Ulica:</small>	<small>Nr domu:</small>	<small>Nr lokalu:</small>
<small>Kod pocztowy:</small>	<small>Miejscowość:</small>	<small>Kraj:</small>

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.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĄGOWYM REJESTRZE cz. „B”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>									
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								

**Dane o wykształceniu:**

<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<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												
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>														
<b>Adres szkoły:</b>														
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>												
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>												
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Kraj:</b>												
<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>														
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>														
<b>Data wydania dyplomu:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													

**Dane o stopniach i tytułach naukowych:**

<b>Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):</b>									
<b>Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):</b>									
<b>Dziedzina stopnia\tytułu naukowego:</b>									
<b>Data uzyskania:</b>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								
<b>Nazwa organu nadającego stopień\tytuł:</b>									

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

**Załącznik:**

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

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĄGOWYM REJESTRZE cz. „C”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>									
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>								

**Dane o stażu podyplomowym:**

<b>Nazwa firmy/podmiotu:</b>						
<b>NIP:</b>						
<b>REGON:</b>						
<b>Data rozpoczęcia stażu:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>					
<b>Data zakończenia stażu:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>					
<b>Adres siedziby:</b>						
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>				
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>				
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>					

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

**Załącznik:**

1) oryginał zaświadczenia o ukończeniu stażu podyplomowego.

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĄGOWYM REJESTRZE cz. „D”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>	
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _

**Dane zawodowe:**

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

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

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĄGOWYM REJESTRZE cz. „E”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>									
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>								

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

<b>Data uzyskania wpisu:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>										
<b>Numer księgi:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>										

**Dane o aktualnym zatrudnieniu:**

<b>Stanowisko:</b>						
<b>Data zatrudnienia od:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>					
<b>Data zatrudnienia do:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>					
<b>Nazwa firmy pełna:</b>						
<b>NIP:</b>		<b>Regon:</b>				
<b>Typ zakładu pracy:</b>						
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny						
<b>Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):</b>						
<b>Adres zakładu:</b>						
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>				
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>				
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Poczta:</b>				
<b>Numer telefonu</b>	<b>Fax</b>					

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

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĄGOWYM REJESTRZE cz. „F”**

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>																
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															

**Dane o zatrudnieniu:**

<b>Stanowisko:</b>																																
<b>Data zatrudnienia od:</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
<b>Data zatrudnienia do:</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
<b>Nazwa firmy pełna:</b>																																
<b>NIP:</b>		<b>Regon:</b>																														
<b>Typ zakładu pracy:</b>																																
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny																																
<b>Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):</b>																																
<b>Adres zakładu:</b>																																
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>																														
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>																														
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Poczta:</b>																														
<b>Numer telefonu</b>	<b>Fax</b>																															

**Dane o zatrudnieniu:**

<b>Stanowisko:</b>																																
<b>Data zatrudnienia od:</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
<b>Data zatrudnienia do:</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
<b>Nazwa firmy pełna:</b>																																
<b>NIP:</b>		<b>Regon:</b>																														
<b>Typ zakładu pracy:</b>																																
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny																																
<b>Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):</b>																																
<b>Adres zakładu:</b>																																
<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>																														
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>																														
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Poczta:</b>																														
<b>Numer telefonu</b>	<b>Fax</b>																															

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

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH  
W OKRĄGOWYM REJESTRZE cz. „G”**

**Dane identyfikacyjne:**

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Dane o specjalizacji:**

Dziedzina specjalizacji:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia specjalizacji:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data wystawienia dyplomu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Numer dyplomu:	

Dziedzina specjalizacji:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia specjalizacji:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data wystawienia dyplomu:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Numer dyplomu:	

**Dane o kursach:**

Rodzaj i dziedzina kursu:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Rodzaj i dziedzina kursu:	
Nazwa organizatora:	
Data ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

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);

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

**Dane identyfikacyjne:**

<b>Nazwisko i imię (imiona):</b>									
<b>Numer Prawa Wykonywania Zawodu:</b>	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td></tr></table>								

**Dane do korespondencji:**

<b>Województwo:</b>	<b>Powiat:</b>	<b>Gmina:</b>
<b>Ulica:</b>	<b>Nr domu:</b>	<b>Nr lokalu:</b>
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Kraj:</b>
<b>Adres e-mail</b>	<b>Numer telefonu</b>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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 .....

---