

Załącznik nr 1 do uchwały Nr 320/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018 r. 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.

**WNIOSEK O STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO*
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH
PROWADZONEGO PRZEZ**

.....
(pełna nazwa okręgowej rady)

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):	
Nazwisko rodowe:	
Nazwisko poprzednie:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Imię ojca:	
Imię matki:	
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	
Miejsce urodzenia:	Miejscowość: Gmina: Województwo:
Nr 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:	<input type="checkbox"/> Uregulowany <input type="checkbox"/> Nieuregulowany

Dane kontaktowe:

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

* Niepotrzebne skreślić

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

Załączniki:

- 1) kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
- 2) zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy;
- 3) dwa zdjęcia o wymiarach mm;
- 4) dokument tożsamości do wglądu.

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 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

Załączniki:

- 1) kopia dyplomu ukończenia liceum medycznego/szkoły policealnej lub szkoły pomaturalnej, – oryginał do wglądu. (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP);
- 2) zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu (poprzednie);
- 3) arkusz aktualizacyjny;
- 4) dwa zdjęcia o wymiarach mm.
- 5) dokument tożsamości do wglądu.

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:

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

Dane osobowe:

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

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
<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 OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „B”**

Dane identyfikacyjne:

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

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	<input type="checkbox"/> pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana <input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> położna / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> licencjat położnictwa <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> </tr> </table>									<table border="1"> <tr> <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 stopniach i tytułach naukowych:

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

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Załącznik:

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

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

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):									
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<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:

Nazwa firmy/podmiotu:											
NIP:											
REGON:											
Data rozpoczęcia stażu:	<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>					<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>		
Data zakończenia stażu:	<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>					<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>			<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25%; height: 15px;"></td><td style="width: 25%; height: 15px;"></td></tr></table>		
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.

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

Dane identyfikacyjne:

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

Stanowisko:									
Data zatrudnienia od:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
Data zatrudnienia do:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
Nazwa firmy pełna:									
NIP:	Regon:								
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 o zatrudnieniu:

Stanowisko:									
Data zatrudnienia od:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
Data zatrudnienia do:	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>		
Nazwa firmy pełna:									
NIP:	Regon:								
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								

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

Tabela kodów okręgowych izb pielęgniarek i położnych

Siedziba OIPiP	Kod
Biała Podlaska	01
Białystok	02
Bielsko-Biała	03
Bydgoszcz	04
Chełm	05
Ciechanów	06
Częstochowa	07
Elbląg	08
Gdańsk	09
Gorzów Wielkopolski	10
Jelenia Góra	11
Kalisz	12
Katowice	13
Kielce	14
Konin	15
Koszalin	16
Kraków	17
Krosno	18
Leszno	19
Lublin	20
Łomża	21
Łódź	22
Olsztyn	23
Opole	24
Ostrołęka	25
Piła	26
Płock	27
Poznań	28
Przeworsk	29
Radom	30
Rzeszów	31
Siedlce	32
Sieradz	33
Słupsk	34
Suwałki	35
Szczecin	36
Nowy Sącz	37
Tarnów	38
Toruń	39
Wałbrzych	40
Warszawa	41
Włocławek	42
Wrocław	43
Zamość	44
Zielona Góra	45

Załącznik nr 10 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.

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	_____
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	_____

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem
zaprzestałam/em*, zaprzestaję* wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*,
położnej/ego*.

na okres

(należy podać przewidywany okres)

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu przekazuję do moich akt osobowych do chwili złożenia stosownego oświadczenia w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

.....

(Miejscowość, Data)

.....

(Podpis)

* - niepotrzebne skreślić

Pouczenie:

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku, gdy na skutek zaprzestania wykonywania zawodu okres przerwy w wykonywaniu przeze mnie zawodu będzie łącznie dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, w przypadku, gdy będę miał/a zamiar podjąć wykonywanie zawodu, będę zobowiązany/a do odbycia przeszkolenia określonego przez ORPiP na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.)

Załącznik nr 12 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.

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	_____
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	_____

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

.....

(Miejscowość, Data)

.....

(Podpis)

Pouczenie:

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

* - niepotrzebne skreślić

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (adres izby, NIP, REGON, tel., e-mail) („OIPiP”).

2. Cel przetwarzania danych i podstawy prawne

Dane osobowe będą przetwarzane przez OIPiP 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. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na OIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania OIPIP, w szczególności: stwierdzeniu/przyznaniu dla Pani/Pana prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu, prowadzeniu przez ORPiP rejestru pielęgniarek i rejestru położnych, wydawaniu zaświadczeń, prowadzeniu postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia,
- III. przetwarzanie jest niezbędne 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 ORPiP podmiotom i organom, którym ORPiP jest zobowiązana lub upoważniona udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od ORPiP danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa m.in.:

- I. Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
- II. Władzom, organom lub organizacjom państwa członkowskiego Unii Europejskiej informacji niezbędne do uznania kwalifikacji oraz do celów świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej,
- III. Do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- IV. 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).
- V. Podmiotom które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora OIPIP lub NIPiP.

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:

- 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.
- 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 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 telefonu w 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 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 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.

Załącznik nr 16 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.

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

Niniejszym potwierdzam odbiór:

zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu numer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria Nr

uchwały nr z dnia

Oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916), **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 (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 916).