**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. „F”**

**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 |  |

**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 …………………………………………………………