**Oświadczenie pielęgniarki/położnej/pielęgniarza/położnego\* obywatela Państwa członkowskiego Unii Europejskiej o zamiarze tymczasowego
lub okazjonalnego wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/pielęgniarza/położnego\*
na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**

**Dane osobowe:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię (imiona): |  |
| Nazwisko rodowe: |  |
| Nazwisko poprzednie: |  |
| Data urodzenia (rrrr-mm-dd): |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Miejsce urodzenia:  | Miejscowość: | Gmina: | Województwo: |
| Dane dokumentu potwierdzającego tożsamość: | Nazwa dokumentu: |
| Numer dokumentu: |
| Kraj wydania: |
| Obywatelstwo/a: |  |

**Adres miejsca zamieszkania w państwie, w którym na stałe wykonywany jest zawód pielęgniarki lub położnej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | Kraj: |

**Adres pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer zaświadczenia: |  |
| Data wydania zaświadczenia |  |
| Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie: |  |
| Kraj wydania: |  |

**\***niepotrzebne skreślić

**Dane dotyczące zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer zaświadczenia: |  |
| Data wydania zaświadczenia |  |
| Nazwa podmiotu wydającego zaświadczenie: |  |
| Kraj wydania: |  |

**Dane identyfikacyjne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej:**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer polisy/dokumentu: |  |
| Podmiot, który wydał polisę/dokument |  |
| Data ważności od:  |  |
| Data ważności do: |  |

**Oświadczam, że posiadam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej dotyczącą wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub posiadam inny dokument potwierdzający indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej, jak wskazane zostało wyżej.**

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

**Oświadczam, iż władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej.**

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

**Dane dotyczące zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu.**

|  |
| --- |
| Miejsce zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu:  |
| Województwo: | Powiat: | Gmina: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: |
| Charakter zamierzonego okazjonalnego lub czasowego wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych): |  |
| Okres zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu, o ile jego określenie jest możliwe: |  |

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

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

**Pouczenie:**

W przypadku istotnej zmiany okoliczności potwierdzonych zaświadczeniami lub dokumentami ponownie przedstawia się je okręgowej izbie pielęgniarek i położnych.

**Załączniki:**

1. dokument potwierdzający obywatelstwo – do wglądu;
2. zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że zgodnie z prawem wykonuje zawód pielęgniarki lub położnej w tym państwie oraz że w momencie wydania zaświadczenia nie obowiązuje jej ograniczenie wykonywania zawodu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu albo zakaz wykonywania zawodu oraz nie toczy się przeciwko niej postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej;
3. zaświadczenie, wydane przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że posiada jeden z dyplomów, świadectw lub innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.