Załącznik Nr 2 do uchwały Nr 319/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 września 2018r. w sprawie zmiany uchwały nr 199/VII/2016 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru zaświadczenia o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza lub położnej/położnego potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, a także wzoru zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

o wydanie zaświadczenia stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarz lub położna/położny posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki/pielęgniarza lub położnej/położnego wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej;

o wydanie zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej;

o wydanie innego zaświadczenia wymaganego przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię (imiona):** |  |
| **Numer  Prawa Wykonywania Zawodu:** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Uzyskany tytuł zawodowy:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana |  | położna /  położna dyplomowana | |  |  | |  |  | |  | licencjat pielęgniarstwa |  | licencjat położnictwa | |  |  | |  | magister pielęgniarstwa |  | magister położnictwa | |  |  | |  |  | |
| **Kraj na terenie którego będzie wykonywany zawód:** |  |

**Przebieg pracy zawodowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do... | Wykonywany zawód pielęgniarka, położna,  pielęgniarz, położny | Nazwa zakładu pracy  lub praktyki zawodowej, adres |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

**Oświadczam, że w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuję się do złożenia wniosku o wykreślenie z okręgowego rejestru prowadzonego przez ORPiP w Łodzi**

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

**Załącznik:**

Świadectwa pracy lub inne dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe, w których jest informacja o okresie zatrudnienia/wykonywania zawodu oraz o rodzaju stosunku prawnego, jaki łączył wnioskodawcę z pracodawcą/zleceniodawcą lub innym podmiotem albo dokument potwierdzający okres wykonywania zawodu w ramach praktyk zawodowych.