|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zaświadczenie**  **o przebiegu pracy zawodowej** | | | | | |
| Wydane przez | (nazwa Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych) | | | | |
|  | | | | | |
| Imię (imiona) i nazwisko | |  | | | |
| Nazwisko rodowe | |  | | | |
| Data i miejsce urodzenia | |  | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | |  | | | |
| Numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania | |  | | | |
| Wykonywała działalność pielęgniarki(-rza) odpowiedzialnej(-go) za opiekę ogólną/położnej(-go) w następujących okresach: | | | | | |
| Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do... | | | Wykonywany zawód pielęgniarka, położna,  pielęgniarz, położny | | Nazwa zakładu pracy  lub praktyki zawodowej, adres |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| (Data i miejsce wydania zaświadczenia) | | | | (Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego  Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych) | |
| (Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych) | | | | | |

**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 …………….**

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.