|  |
| --- |
| **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 zawódpielęgniarka, położna, pielęgniarz, położny | Nazwa zakładu pracy lub praktyki zawodowej, adres |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| (Data i miejsce wydania zaświadczenia) | (Pieczęć i podpis przewodniczącej/egoOkręgowej 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 zawódpielęgniarka, 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.