

Załącznik nr 2A do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. 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

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO, NA OKREŚLONY ZAKRES  
CZYNNOŚCI, OKRES I MIEJSCE ZATRUDNIENIA W PODMIOTCIE WYKONUJĄCYM  
DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU  
PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ  
OKRĘGOWĄ Radę PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W RZESZOWIE**

**Dane osobowe:**

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>                                        |                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nr PESEL:</b>                                                                          | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>W przypadku braku numeru PESEL<br/>cechy dokumentu<br/>potwierdzającego tożsamość:</b> | <b>Nazwa dokumentu:</b>                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                           | <b>Numer dokumentu:</b>                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                           | <b>Kraj wydania:</b>                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Podstawowe dane:**

|                                     |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Nazwisko:</b>                    |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię (imiona):</b>               |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko rodowe:</b>             |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nazwisko poprzednie:</b>         |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Płeć:</b>                        | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna                                                                                                                        |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię ojca:</b>                   |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Imię matki:</b>                  |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia (rrrr-mm-dd):</b> | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                     |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Miejsce urodzenia:</b>           | <b>Miejscowość:</b>                                                                                                                                                                        | <b>Kraj</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Obywatelstwo/a:</b>              |                                                                                                                                                                                            |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dane teleadresowe:**

|                                    |               |                 |                   |                |
|------------------------------------|---------------|-----------------|-------------------|----------------|
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b> |               |                 |                   |                |
| <b>Miejscowość:</b>                |               |                 |                   |                |
| <b>Województwo:</b>                |               | <b>Powiat:</b>  |                   | <b>Gmina:</b>  |
| <b>Kod pocztowy:</b>               | <b>Ulica:</b> | <b>Nr domu:</b> | <b>Nr lokalu:</b> | <b>Pocшта:</b> |

Załącznik nr 2A do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. 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

|                                                                                                                |        |         |          |            |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------|------------|---------|
| <b>Adres korespondencyjny:</b> (jeżeli takie same jak adres zamieszkania zaznacz -> <input type="checkbox"/> ) |        |         |          |            |         |
| Miejscowość:                                                                                                   |        |         |          |            |         |
| Województwo:                                                                                                   |        | Powiat: |          | Gmina:     |         |
| Kod pocztowy:                                                                                                  | Ulica: |         | Nr domu: | Nr lokalu: | Poczta: |

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| <b>Dane kontaktowe:</b> |         |
| Telefon:                | E-mail: |

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych w celu otrzymywania korespondencji z 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 przysyłanie 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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 przysyłanie 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 2024 r. poz. 1513 ze zm.) 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.

Załącznik nr 2A do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. 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

### Dane o wykształceniu:

|                              |                                                                                                              |                                  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Uzyskany tytuł zawodowy:     | <input type="checkbox"/> pielęgniarka                                                                        | <input type="checkbox"/> położna |
| Nazwa ukończonej szkoły:     |                                                                                                              |                                  |
| Miejscowość szkoły:          |                                                                                                              |                                  |
| Numer dyplomu/świadectwa:    |                                                                                                              |                                  |
| Data wydania dyplomu:        | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> |                                  |
| Rok ukończenia szkoły:       | <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>                                     |                                  |
| Miejscowość wydania dyplomu: |                                                                                                              |                                  |

**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. z 2024 r. poz. 814 ze zm.).**

Miejsce, data ..... Podpis .....

### Załączniki:

☐ kopia decyzji Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 35a ust. 3 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;

☐ **dokument poświadczający znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1(w przypadku decyzji MZ wydanej na podstawie wniosku złożonego do MZ po dniu 24 października 2024 r.)**

☐ kolorowe zdjęcie poprzez stronę zdjęcia.nipip.pl lub przekazane w inny sposób ustalony przez właściwą ORPiP zgodne z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych, zrób je nie wcześniej niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku.

- rozdzielczość: minimum 492x633 piksele

- rozmiar: do 2.5 MB

- rozszerzenie: .jpg, .jpeg, .png

- proporcje: odpowiadające fotografii o wymiarach 35x45 mm (szerokość x wysokość)

- kompozycja: twarz skierowana w stronę obiektywu, białe tło

### Na potrzeby wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/położnych:

☐ kopia dyplomu/duplikatu dyplomu spełniającego warunki, określone w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy o zawodach pielęgniarki lub położnej wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;

**\*W przypadku obywateli Ukrainy, którzy przekroczyli granicę Ukrainy z Polską od dnia 24 lutego 2022 r., nie posiadających oryginału dyplomu – kopia dyplomu (dobrej jakości odwzorowanie dokumentu) wraz z tłumaczeniem dokonany przez tłumacza przysięgłego**

(zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 167 ze zm.) za obywatela Ukrainy uważa się także nieposiadającego obywatelstwa ukraińskiego małżonka obywatela Ukrainy, o ile przybył on na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy

Załącznik nr 2A do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. 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

w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa i nie jest obywatelem polskim ani obywatelem innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej);

□ dokument tożsamości do wglądu