

**ARKUSZ AKTUALIZACYJNY/ZGŁOSZENIOWY DANYCH OSOBOWYCH
W OKRĘGOWYM REJESTRZE
Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu**

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Dane osobowe:

Nazwisko i imię (imiona):																		
Nazwisko rodowe:																		
Nazwisko poprzednie:																		
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna																	
Imię ojca:																		
Imię matki:																		
Data urodzenia (rrrr-mm-dd):	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
Miejsce urodzenia:	Miejscowość:	Gmina:	Województwo:															
Numer PESEL:	<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></tr></table>																	
W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa dokumentu:																	
	Numer dokumentu:																	
	Kraj wydania:																	
Obywatelstwo/a:																		
Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:	☐ Uregulowany ☐ Nieuregulowany																	

Dane kontaktowe:

Adres miejsca zamieszkania:		
Województwo:	Powiat:	Gmina:
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:
Nr telefonu:	email	

Dane o wykształceniu:

Uzyskany tytuł zawodowy:	☐ pielęgniarka / pielęgniarka dyplomowana ☐ licencjat pielęgniarstwa ☐ magister pielęgniarstwa	☐ położna / położna dyplomowana ☐ licencjat położnictwa ☐ magister położnictwa										
Nazwa ukończonej szkoły:												
Adres szkoły:												
Województwo:	Powiat:	Gmina:										
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:										
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Kraj:										
Numer dyplomu/świadectwa:												
Miejscowość wydania dyplomu:												
Data wydania dyplomu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Rok ukończenia szkoły:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

Dane o stopniach i tytułach naukowych:

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):											
Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):											
Dziedzina stopnia \ tytułu naukowego:											
Data uzyskania:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Nazwa organu nadającego tytuł:											

Dane o stażu podyplomowym:

Nazwa firmy/podmiotu:																			
NIP:																			
REGON:																			
Data rozpoczęcia stażu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Data zakończenia stażu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Adres siedziby:																			
Województwo:	Powiat:				Gmina:														
Ulica:	Nr domu:				Nr lokalu:														
Kod pocztowy:	Miejscowość:																		

Dane zawodowe:

Informacje o poprzednich zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu	Numery poprzednich zaświadczeń												
	Organ wydający zaświadczenie												
	Data wydania												
Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska:	Kraj zagranicznego prawa												
	Numer zagranicznego dokumentu												
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												

Dane o aktualnym zatrudnieniu:

Stanowisko:																					
Data zatrudnienia od:		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
Data zatrudnienia do:		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
Nazwa firmy pełna:																					
NIP:					Regon:																
Typ zakładu pracy:																					
☐ Publiczny					☐ Niepubliczny					☐ Inny											
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):																					
Adres zakładu:																					
Województwo:					Powiat:					Gmina:											
Ulica:					Nr domu:					Nr lokalu:											
Kod pocztowy:					Miejscowość:					Poczta:											
Numer telefonu					Fax																

Dane o poprzednim zatrudnieniu:

Stanowisko:													
Data zatrudnienia od:													
Data zatrudnienia do:													
Nazwa firmy pełna:													
NIP:						Regon:							
Typ zakładu pracy:													
☐ Publiczny				☐ Niepubliczny				☐ Inny					
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):													
Adres zakładu:													
Województwo:				Powiat:				Gmina:					
Ulica:				Nr domu:				Nr lokalu:					
Kod pocztowy:				Miejscowość:				Pocшта:					
Numer telefonu				Fax									

Dane o specjalizacji:

Dziedzina specjalizacji:													
Nazwa organizatora:													
Data ukończenia specjalizacji:													
Data wystawienia dyplomu:													
Numer dyplomu:													

Dziedzina specjalizacji:													
Nazwa organizatora:													
Data ukończenia specjalizacji:													
Data wystawienia dyplomu:													
Numer dyplomu:													

Dane o kursach:

Rodzaj i dziedzina kursu:											
Nazwa organizatora:											
Data ukończenia:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Rodzaj i dziedzina kursu:											
Nazwa organizatora:											
Data ukończenia:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych do korespondencji przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbę 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 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania newsletter-a Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz innych informacji i materiałów przysyłanych 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 2017 r. poz. 1219) na podany adres e-mail w celu otrzymywania biuletynu właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz innych informacji i materiałów przysyłanych 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
