

Załącznik Nr 16 do 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/pielęgniarsza 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 stwierdzającego, że pielęgniarka/pielęgniarsza 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/pielęgniarsza 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

1. Imię / imiona \_\_\_\_\_

2. Nazwisko \_\_\_\_\_

3. Nazwisko rodowe \_\_\_\_\_

4. Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

5. Adres miejsca zamieszkania:

\_\_\_\_\_

miejsowość

kod

\_\_\_\_\_

ulica

nr domu

nr mieszkania

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

6. Tytuł zawodowy \_\_\_\_\_

7. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu \_\_\_\_\_

Prawo wykonywania zawodu wydane przez: \_\_\_\_\_

data wydania: \_\_\_\_\_

8. Nr PESEL \_\_\_\_\_ a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:

nazwa dokumentu \_\_\_\_\_ numer dokumentu \_\_\_\_\_

kraj wydania \_\_\_\_\_

9. Obywatelstwo \_\_\_\_\_

10. Wyjazd do \_\_\_\_\_

(nazwa kraju, na terenie którego zainteresowana zamierza wykonywać zawód)

### Przebieg pracy zawodowej

| Okres zatrudnienia/wykonywania zawodu od ... do... | Stanowisko pracy | Nazwa zakładu, adres |
|--|------------------|----------------------|
|  |                  |                      |
|  |                  |                      |
|  |                  |                      |
|  |                  |                      |

**Załączniki:**

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu.
2. Kserokopia dokumentu tożsamości.
3. Świadczenia 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,
  - a) co najmniej trzy kolejne lata w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia dla licencjata pielęgniarstwa / licencjata położnictwa, dla pielęgniarki(-rza)/pielęgniarki(-rza) dyplomowanej (-ego), położnej (-ego)

**Pouczenie:**

W przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/pielęgniarz i położna/położny składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)