

Załącznik Nr 1 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>magister pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom:	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 1 spełnia minimalne wymagania określone w art. 31 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.2.2 niniejszej Dyrektywy.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis Przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 2 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>magister położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 3 spełnia minimalne wymagania określone w art. 40 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.5.2 niniejszej Dyrektywy	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 3 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 1 spełnia minimalne wymagania określone w art. 31 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.2.2 niniejszej Dyrektywy.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 4 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.

<b>Zaświadczenie</b>	
<b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie, które zgodnie z art. 21 ust 3, spełnia minimalne wymagania określone w art. 40 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych oraz posiada kwalifikacje wyszczególnione w załączniku V pkt 5.5.2 niniejszej Dyrektywy.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 5 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
<p>1. Legitymuje się dyplomem licencjata pielęgniarstwa i wykonywał/-a zawód zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z <b>art. 23 ust 1</b> Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.</p>	
<p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 6 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
<p>1. Legitymuje się dyplomem licencjata położnictwa i wykonywał/-a zawód położnego/położnej zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z <b>art. 43 ust. 1</b> Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.</p>	
<p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	Pieczeńć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczeńć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 7 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/pielęgniara lub położnej/położnego potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, a także wzoru zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
<p>1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie na podstawie programu wskazanego w art. 33 ust 3 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i dysponuje wiedzą i umiejętnościami porównywalnymi z tymi, jakie posiadają pielęgniarki/pielęgniarze posiadające/-y kwalifikacje, które w przypadku Polski określono w załączniku V pkt 5.2.2.</p>	
<p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 8 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/pielęgniara lub położnej/położnego potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, a także wzoru zaświadczenia o przebiegu pracy zawodowej.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie na poziomie wyższym uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a w Rzeczypospolitej Polskiej kształcenie na podstawie programu wskazanego w art. 43 ust 4 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i dysponuje wiedzą i umiejętnościami porównywalnymi z tymi, jakie posiadają położne/położni posiadające/-y kwalifikacje, które w przypadku Polski określono w załączniku V pkt 5.5.2.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	



Załącznik Nr 9 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>Pielęgniarka(-rz) / pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
<p>1. Legitymuje się dyplomem ukończenia medycznej szkoły zawodowej i wykonywał/-a zawód pielęgniarsza/pielęgniarki odpowiedzialnego/-ej za opiekę ogólną zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres <b>trzech</b> kolejnych lat w ciągu <b>pięciu</b> lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z art. <b>23 ust 1</b> Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.</p> <p>2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 10 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej/położnego</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>położna/-y</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Legitymuje się dyplomem ukończenia medycznej szkoły zawodowej i wykonywał/-a zawód położnego/położnej zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres <b>trzech</b> kolejnych lat w ciągu <b>pięciu</b> lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z <b>art. 43 ust. 1</b> Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 11 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.

<b>Zaświadczenie</b> <b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>pielęgniarka(-rz)/pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Legitymuje się dyplomem ukończenia liceum medycznego i wykonywała/-a zawód pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną zgodnie z obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej prawem przez okres trzech kolejnych lat w ciągu pięciu lat przed datą wydania zaświadczenia. Spełnia wymagania do uznania kwalifikacji zawodowych na zasadach praw nabytych zgodnie z art. 23 ust 1 Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczeńć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)
(Pieczeńć okręgu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 12 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.

<b>Zaświadczenie</b>	
<b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>pielęgniarka(-rz)/pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
<p><b>1.</b> Ukończył/-a <b>Liceum medyczne</b> i uzyskał/-a tytuł zawodowy pielęgniarsza(-ki)/pielęgniarsza(-ki) dyplomowanego/-ej, który jest równoważny z poziomem kształcenia w szkole średniej, określonym w art. 11 lit b) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, i które jest kształceniem regulowanym w rozumieniu art. 3 ust 1 lit e), oraz wykonywał/-a zawód pielęgniarsza/-ki odpowiedzialnego/-ej za opiekę ogólną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.</p>	
<p><b>2.</b> Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.</p>	
<p><b>3.</b> Niniejsze zaświadczenie wydawane jest w celu potwierdzenia wymagań określonych przepisami Rozdziału I, Tytułu III Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.</p>	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 13 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.

<b>Zaświadczenie</b>	
<b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki(-rza)/położnej(-ego)</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>pielęgniarka(-rz)/pielęgniarka(-rz) dyplomowana(-y)/położna(-y)</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a <b>Medyczną Szkołę Zawodową</b> i uzyskał/-a tytuł zawodowy pielęgniarz(-ka)/pielęgniarsza(-ka) dyplomowany(-a)/położna(-y), który jest równoważny poziomem kształcenia na poziomie pomaturalnym, określonym w art. 11 lit c) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, i które jest kształceniem regulowanym w rozumieniu art. 3 ust 1 lit e), wykonywał/-a zawód pielęgniarsza(-ki) odpowiedzialnego(-ej) za opiekę ogólną/położnego(-ej) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
3. Niniejsze zaświadczenie wydawane jest w celu potwierdzenia wymagań określonych przepisami Rozdziału I, Tytułu III Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 14 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.

<b>Zaświadczenie</b>	
<b>o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki(-rza)/położnej(-go)</b>	
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	
Tytuł zawodowy	<b>licencjat pielęgniarstwa/licencjat położnictwa</b>
Nazwa instytucji prowadzącej kształcenie uznana przez władze właściwe, która wydała dyplom	
Prawo wykonywania zawodu wydane przez	
Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	
Data wydania	
1. Ukończył/-a studia licencjackie i uzyskał/-a tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa/licencjat położnictwa, który jest równoważny z poziomem kształcenia na poziomie pomaturalnym, określonym w art. 11 lit d) Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, i które jest kształceniem regulowanym w rozumieniu art. 3 ust 1 lit e), wykonywał/-a zawód pielęgniarsza(-ki) odpowiedzialnego(-ej) za opiekę ogólną/położnego(-ej) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.	
2. Jest aktualnie zarejestrowany/-a na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ..... oraz nie został/-a pozbawiony/-a prawa wykonywania zawodu, prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu/-ej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu.	
3. Niniejsze zaświadczenie wydawane jest w celu potwierdzenia wymagań określonych przepisami Rozdziału I, Tytułu III Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 roku w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.	
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)	

Załącznik Nr 15 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.

<b>Zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej</b>		
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	Stanowisko pracy	Nazwa zakładu, adres
(Data i miejsce wydania zaświadczenia)	(Pieczęć i podpis przewodniczącej/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)	
(Pieczęć okrągła Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych)		

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/pielęgniara 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/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/pielęgniara 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:

\_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_ kod

\_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_ nr mieszkania

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. 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,
  - 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/pielęgniarsz i położna/położny składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis wnioskodawcy)