

Załącznik nr 1 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 STWIERDZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA/POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO<sup>1</sup>  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU PIELĘGNIAREK/ OKRĘGOWEGO  
REJESTRU POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ  
OKRĘGOWĄ RADĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM**  
(pełna nazwa okręgowej rady)

**Dane osobowe:**

<b>Cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość:</b>																					
<b>Nr PESEL:</b>	<table border="1"><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><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<b>W przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu 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 border="1"><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><td> </td><td> </td></tr></table>																					
<b>Miejsce urodzenia:</b>	<b>Miejscowość:</b>	<b>Gmina, Województwo \ Kraj</b>																				
<b>Obywatelstwo/a:</b>																						
<b>Stosunek do służby wojskowej dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej:</b>	<input type="checkbox"/> Uregulowany	<input type="checkbox"/> Nieuregulowany																				

**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>Poczta:</b>

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 142/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia 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 przesyłanie 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 przesyłanie 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 1 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:**

<b>Uzyskany tytuł zawodowy:</b>	<input type="checkbox"/> pielęgniarka	<input type="checkbox"/> położna
	<input type="checkbox"/> pielęgniarka dyplomowana	<input type="checkbox"/> położna dyplomowana
	<input type="checkbox"/> licencjat pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> licencjat położnictwa
	<input type="checkbox"/> magister pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/> magister położnictwa
<b>Nazwa ukończonej szkoły:</b>		
<b>Miejscowość szkoły:</b>		
<b>Numer dyplomu/świadectwa:</b>		
<b>Data wydania dyplomu:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rok ukończenia szkoły:</b>	<input type="text"/>	
<b>Miejscowość wydania dyplomu:</b>		

**Świadoma/y odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

**Świadoma(y) odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki /położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

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

Miejscowość, data ..... Podpis .....

---

Załącznik nr 1 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

**Załączniki:**

1. kopia świadectwa lub dyplomu oraz suplementu jeżeli dotyczy (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika OIPiP) - oryginał do wglądu;
2. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy lub lekarza uprawnionego;
3. kolorowe zdjęcie poprzez stronę [zdjecia.nipip.pl](http://zdjecia.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
4. dokument tożsamości do wglądu.