<https://www.gov.pl/web/zdrowie/uzyskaj-warunkowe-prawo-wykonywania-zawodu-pielegniarki-lub-warunkowe-prawo-wykonywania-zawodu-poloznej-w-okresie-ogloszenia-stanu-zagrozenia-epidemicznego-lub-stanu-epidemii-w-polsce>

**Wniosek o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia
na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej**

 **na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w Polsce oraz uzyskania warunkowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub warunkowego prawa wykonywania zawodu położnej**

Wnioskuję o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu *(zaznacz właściwe)*:

 pielęgniarki  położnej

Dane Wnioskodawcy:

Płeć: kobieta mężczyzna *(zaznacz właściwe)*

|  |
| --- |
| Imię (Imiona): |
| Nazwisko: |
| Nazwisko rodowe: |
| Data urodzenia: |
| Miejsce urodzenia (państwo, miejscowość): |
| Obywatelstwo: |
| Nazwa państwa/państw w którym/w których zostały uzyskane kwalifikacje: |
| Dane do kontaktu (adres do korespondencji, nr telefonu, adres e-mail): |
| Znajomość języka polskiego (zaznacz właściwe) Nie znam języka  Podstawowy  Średni  Zaawansowany  |

Dane Pełnomocnika (jeżeli jest ustanowiony):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko: |
| Adres do korespondencji/nr telefonu/adres e-mail:  |

Uzyskane kwalifikacje:

|  |
| --- |
| Nazwa ukończonej szkoły:  |
| Uzyskany tytuł zawodowy i dokument potwierdzający ukończenie szkoły (data i miejsce wydania dokumentu): |
| Okres kształcenia w szkole: |
| Inne ewentualne dokumenty (poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych~~,~~ wydane przez właściwy organ):1.2.3. |

Doświadczenie zawodowe:

|  |
| --- |
| Okres zatrudnienia jako pielęgniarka lub położna: |
| Doświadczenie zawodowe w kolejności chronologicznej (wypisz w punktach miejsca dotychczasowego wykonywania pracy – miejsce, stanowisko, stosunek pracy):1.2.3.4.5.6.7.8.9.10. |

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i załączone dokumenty są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu rozpatrzenia niniejszego wniosku2.

Data i podpis………………………………………………

2Administratorem Państwa danych osobowych jest Minister Zdrowia. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych w Ministerstwie Zdrowia można uzyskać pod linkiem: https://www.gov.pl/web/zdrowie/dane-osobowe.

Wykaz niezbędnych do dołączenia dokumentów:

1. Oświadczenieo następującej treści: "Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych" (oświadczenie powinno zawierać nazwisko i imię, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz własnoręczny podpis pielęgniarki lub położnej ).

2. Wydany przez lekarza dokument poświadczający, że stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej (dokument może być przedstawiony w ciągu 3 miesięcy od daty jego wydania, co oznacza, że orzeczenie jest ważne przez okres trzech miesięcy od dnia jego wydania).

3. Dokumenty poświadczające nienaganną postawę etyczną:

a) Oświadczenie o następującej treści: „Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem/am karany/a 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 Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 35a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.

(oświadczenie powinno również zawierać nazwisko i imię pielęgniarki lub położnej, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis pielęgniarki lub położnej).

b) Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w kraju w którym wnioskodawca wykonywał/wykonuje zawód.

W przypadku trudności z pozyskaniem tego dokumentu, należy złożyć oświadczenie o treści: „Oświadczam, że nie jest możliwe uzyskanie dokumentu potwierdzającego niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydanego przez uprawniony organ w kraju, w którym wykonywałam lub wykonuję zawód z powodu………… (wskazać powód)”.

(oświadczenie powinno również zawierać nazwisko i imię pielęgniarki lub położnej, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis.)

4. Wydany przez właściwy organ dokument poświadczający, posiadanie co najmniej 3-letniego doświadczenia zawodowego jako pielęgniarka lub położna, uzyskane w okresie 5 lat bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

5. Dyplom pielęgniarki lub położnej, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej. Od pielęgniarki lub położnej ubiegającej się o warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w Polsce nie jest wymagane zalegalizowanie dyplomów lub duplikatów oraz posiadanie apostille dyplomów lub ich duplikatów, o których mowa w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r.
o zawodach pielęgniarki i położnej.

1. Jeżeli nie dotyczy, należy pozostawić pole nie wypełnione [↑](#footnote-ref-1)