**Заява про надання згоди міністром охорони здоров’я   
на виконання професії медичної сестри або акушерки**

**на території Республіки Польща   
у конкретній сфері професійної діяльності, на визначений час та місце роботи   
в суб'єкті, що здійснює медичну діяльність**

Звертаюсь із проханням погодитися на виконання професії *(вказати відповідну)*:

 медичної сестри  акушерки

Дані заявника:

Стать: жінка чоловік *(вказати відповідну)*

|  |
| --- |
| Ім'я (Імена): |
| Прізвище: |
| Дошлюбне прізвище: |
| Дата народження: |
| Місце народження (країна, місце): |
| Громадянство: |
| Назва країни/країн, в якій/яких було отримано кваліфікацію: |
| Контактні дані (адреса для листування, номер телефону, адреса електронної пошти): |

Дані довіреної особи (якщо вона призначена):[[1]](#footnote-1)

|  |
| --- |
| Ім'я та прізвище: |
| Адреса для листування/номер телефону/адреса електронної пошти: |

Отримані кваліфікації:

|  |
| --- |
| Назва закінченого навчального закладу: |
| Отримане професійне звання та документ, що підтверджує закінчення навчального закладу (дата та місце видачі документа): |
| Період навчання в навчальному закладі: |
| Інші можливі документи (що засвідчують наявність професійної кваліфікації та відповідають обсягом професійних завдань, зазначених у заяві, видані компетентним органом):  1.  2.  3. |

Професійний досвід:

|  |
| --- |
| Стаж роботи медичною сестрою або акушеркою: |
| Професійний досвід в хронологічному порядку (вкажіть у пунктах, де до цього часу виконувалась робота - місце, посада, трудові відносини):  1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8.  9.  10. |

Суб'єкт, де ви маєте намір влаштуватися на роботу на території Республіки Польща:

|  |
| --- |
| Повна назва та адреса суб'єкта, яка здійснює медичну діяльність на території Республіки Польща: |
| Період планового працевлаштування на території Республіки Польща (з ... до ...): |

Я заявляю, що інформація, наведена в заяві та доданих документах, відповідає дійсності, що підтверджую своїм підписом.

Я заявляю, що погоджуюсь на обробку моїх персональних даних з метою розгляду цієї заяви 2.

Дата і підпис………………………………………………

2Контролером ваших персональних даних є міністр охорони здоров’я. Додаткову інформацію про обробку персональних даних у Міністерстві охорони здоров’я можна знайти за посиланням: https://www.gov.pl/web/zrowie/dane-osobowe.

Перелік документів, які необхідно додати:

1. Довідка від суб’єкта, що здійснює медичну діяльність, що містить такі відомості:

1. Ім'я та прізвище особи, яку суб'єкт має намір прийняти на роботу,
2. Перелік організаційних підрозділів медичного закладу,
3. Період планованого працевлаштування,
4. Зазначення обсягу професійних завдань, що відповідає здобутій освіті медичної сестри або акушерки.

2. Власноруч підписана заява про знання польської мови на рівні достатньому для виконання довіреної сфери професійної діяльності. (у заяві має бути зазначене прізвище та ім’я, місце і дата подачі заяви, власноручний підпис медсестри або акушерки).

3. Заявапро наступне: "Усвідомлюючи кримінальну відповідальність за подання неправдивої заяви, заявляю про повну правоздатність" (заява має містити ваше прізвище та ім’я, вказівку місця та дату подання заяви і підпис  медичної сестри або акушерки);

4. Документ, виданий лікарем, що підтверджує, що стан здоров’я дозволяє виконувати професію медичної сестри або акушерки (документ можна пред’явити протягом 3 місяців з дня його видачі, що означає, що заключення дійсне протягом трьох місяців з дня його видачі).

5. Документи, що засвідчують бездоганне етичне ставлення:

a) Заява про наступне: "Усвідомлюючи кримінальну відповідальність за подання неправдивої заяви, заявляю про відсутність судимості за умисно скоєний злочин або умисний податковий злочин і що проти мене не ведеться кримінальне провадження   
у справі умисно скоєного злочину чи податкового злочину, а також заявляю про відсутність обставин, які відповідно до Кодексу професійної етики медичної сестри та акушерки Республіки Польща та інших правових положень у розумінні вимоги, зазначеної у абз. 5 п. 1 ст. 35а Закону від 15 липня 2011 р. про професії медичної сестри та акушерки, могли б вплинути на виконання професії медичної сестри чи акушерки на території Республіки Польща".

(у заяві також має бути зазначене прізвище та ім’я медсестри або акушерки, місце і дата подачі заяви, підпис медсестри або акушерки).

б) документ, що підтверджує відсутність професійної судимості та відповідність вимогам щодо етичного ставлення, виданий компетентним органом у країні, в якій заявник практикує/виконує свою професію.

У разі виникнення труднощів з отриманням цього документа необхідно подати заяву такого змісту: "Я заявляю, що неможливо отримати документ, що засвідчує відсутність професійної судимості та виконання вимог щодо етичного ставлення, виданий компетентним органом країни, в якому я виконувала або виконую професію з приводу………… (вказати привід)".

(у заяві також має бути зазначене прізвище та ім’я медсестри або акушерки, місце і дата подачі заяви, а також підпис).

6. Документ, виданий компетентним органом, що підтверджує не менше 3 років професійного стажу роботи медичною сестрою чи акушеркою, отриманого протягом 5 років, що безпосередньо передують отриманню довідки, про яку йдеться у п. 1.

7.Диплом медичної сестри або акушерки, виданий не в державі-члені Європейського Союзу. Диплом або його дублікат повинен бути легалізований консулом Республіки Польща, компетентним для країни, на території якої або в системі освіти якої видано цей диплом, або диплом або його дублікат апостильовано (якщо диплом виданий навчальним закладом, який працює в системі освіти сторони Конвенції, що скасовує вимогу легалізації іноземних офіційних документів, складеної в Гаазі 5 жовтня 1961 р.).

1. Якщо не застосовується, залиште це поле порожнім [↑](#footnote-ref-1)